FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1888-89 N° 52

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIÈVRES CONTINUES DANS LES PAYS CHAUDS

(NOUVELLE-CALÉDONIE)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 22 JUILLET 1889

PAR

Louis-Michel-Honoré COROLLEUR

MÉDECIN DE LA MARINE

Né à Saint-Pierre (Finistère), le 11 avril 1859.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LAYET,	professeur,	*président.*
DUPUY,	professeur,	*juges.*
LAGRANGE,	agrégé,	
MOUSSOUS,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1889

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1888-89 N° 52

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIÈVRES CONTINUES DANS LES PAYS CHAUDS

(NOUVELLE-CALÉDONIE)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 22 JUILLET 1889

PAR

Louis-Michel-Honoré COROLLEUR

MÉDECIN DE LA MARINE

Né à Saint-Pierre (Finistère), le 11 avril 1859.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LAYET,	professeur,	*président.*
DUPUY,	professeur,	*juges.*
LAGRANGE,	agrégé,	
MOUSSOUS,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

M. MICE..... Professeur honoraire.

Clinique médicale	MM. PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	De FLEURY.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	ORÉ.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER
Matière médicale	PERRENS.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIECHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DENUCE.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle.. M. De NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. méd. des enfants.	MM. RONDOT.	Clin. des mal. vénér.	ARNOZAN.
Clin. chir. des enfants.	PIECHAUD	Clin. des mal. ment..	N.
Accouchements.....	LEFOUR, agr.	Chimie.....	M. CARLES, agr.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MON FRÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR LAYET

Médecin principal de la Marine, en retraite,
Professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine de Bordeaux, Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

INTRODUCTION

Pendant notre période de séjour en Nouvelle-Calédonie, nous avons pu observer plusieurs épidémies de fièvre typhoïde, dont les malades provenaient soit de nos casernes d'Infanterie et d'Artillerie de Marine, soit de la population civile, soit enfin de la presqu'île Ducos, le sanatorium de la colonie. Nous avons été maintes fois surpris des allures particulières que revêtait la maladie; nous ne retrouvions pas, au lit du malade, les signes pathognomoniques de la dothiénentérie européenne et plus d'une fois, surtout dans les premiers temps, nous avons hésité à poser notre diagnostic. Ce sont nos impressions à ce sujet que nous allons essayer de transcrire ici.

Certes la fièvre typhoïde est une dans son essence. A Paris comme aux Antipodes, elle est caractérisée anatomiquement par la lésion spécifique des plaques de Peyer et l'altération du sang. Mais elle subit suivant les latitudes et les climats, sous des influences météorologiques entre autres encore mal déterminées, certaines modifications cliniques qui lui impriment un cachet spécial.

Nous nous proposons donc d'étudier ici la dothiénentérie telle qu'elle évolue en Nouvelle-Calédonie. Après quelques considérations sur le cadre nosologique du pays où il nous a été donné d'observer, nous rechercherons quelles sont les conditions qui y président plus particulièrement à l'éclosion et au développement de la fièvre typhoïde. Nous procéderons ensuite

à une étude comparée de la symptomatologie et des complications de la maladie en Nouvelle-Calédonie et en Europe, étude que nous ferons suivre des observations sur lesquelles nous basons notre description. Puis nous présenterons, en nous appuyant sur ces mêmes observations, une sorte de classification des cas de fièvre typhoïde que nous avons vu évoluer. Quelques considérations sur l'anatomie pathologique, le diagnostic, le pronostic et le traitement complèteront ce modeste travail, auquel nous sommes heureux de pouvoir joindre quelques tracés thermométriques recueillis par nous au lit même du malade.

Avant de commencer notre œuvre, nous tenons à remercier ici publiquement notre savant collègue et ami dévoué, le docteur Martine, médecin de 2e classe de la Marine, qui nous a aidé a recueillir nos observations et qui a bien voulu mettre à notre service sa science clinique et son expérience coloniale. Qu'il reçoive ici l'expression de notre vive reconnaissance.

Nous sommes heureux de remercier également ici M. le professeur Layet de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse inaugurale.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIÈVRES CONTINUES DANS LES PAYS CHAUDS

(NOUVELLE-CALÉDONIE)

I

APERÇU NOSOLOGIQUE SUR LA NOUVELLE-CALÉDONIE

Longtemps la salubrité de la Nouvelle-Calédonie fut un dogme dans la marine. En effet, sa situation géographique par 20° 10' et 22° 26' de latitude Sud, et 161° 35' et 164° 65' de longitude Est, dans une zone relativement tempérée ; sa configuration insulaire, qui se prête admirablement aux balayages incessants des brises océaniennes ; la nature de son sol essentiellement réfractaire à l'élément palustre ; sa végétation même, si riche en niaoulis (Melaleuca Viridiflora) doués, dit-on, de propriétés assainissantes au même titre que l'Eucalyptus ; toute la nature, en un mot, semblait assurer à notre colonie un état sanitaire excellent et en faire un véritable Eden au milieu des

iles voisines, décimées par la tuberculose et la malaria. Mais la civilisation européenne ne tarda pas à déverser sur cette terre vierge, en même temps que ses bienfaits, sa longue cohorte de maladies et de fléaux. Dès les premières années de l'occupation (1861), la fièvre typhoïde qui semble inconnue jusqu'alors, fait son entrée dans l'île et dès lors elle s'y acclimate et y prend définitivement droit de cité; si bien qu'aujourd'hui, elle constitue l'endémie néo-calédonienne par excellence.

Autour d'elle, on voit se grouper la dysenterie, la tuberculose, l'hépatite suppurée, plus tard le scorbut (1870), la coqueluche, la diphtérie, dernièrement enfin la dengue (1884). « Ce climat si salubre, si vanté, est également favorable à l'éclosion et au développement de toutes les maladies des pays tempérés et des zones intertropicales. Depuis l'abcès du foie jusqu'à la diphtérie, depuis la coqueluche jusqu'à la pustule maligne, le cycle est désormais assez vaste, et plaise au ciel qu'il ne s'élargisse pas davantage. Mais que peut le ciel en face des incessants défis que nous voyons porter chaque jour, avec une ardeur qu'on dirait croissante, aux préceptes les plus vulgaires de l'hygiène publique et de l'hygiène individuelle » (Gillet) ? Nous pensons en effet, avec le Dr Pindray, que ce n'est pas tant le climat qu'il faut accuser que l'état antihygiénique de la ville. Il suffit en effet de parcourir les rues et les environs de Nouméa, ou à défaut de lire la thèse de notre collègue qui, membre du conseil d'hygiène de la colonie pendant deux années consécutives, a été à même d'étudier en conscience toutes les questions relatives à l'étiologie et à la prophylaxie de la fièvre typhoïde dans notre colonie océanienne.

La fièvre typhoïde est sans contredit l'endémie la plus grave de la Nouvelle-Calédonie. Elle y règne en souveraine dans tous les centres populeux : Nouméa, Bouloupari, Bourail et Canala.

Elle semble même exercer sa domination sur la pathologie entière de la colonie, soit en imprimant parfois aux autres affections son cachet caractéristique qui se résume par ces mots : l'état typhoïde ; soit en réveillant certaines diathèses latentes, rhumatisme, tuberculose, chez des sujets prédisposés ; ou en devenant le point de départ, la cause occasionnelle de certaines affections telles que l'hépatite suppurée.

La dysenterie constitue dans nos casernes une cause journalière d'invalidation et d'hospitalisation ; mais sa bénignité habituelle compense sa grande fréquence, et sous le rapport de la gravité elle mérite d'être reléguée au dernier rang des maladies de la clinique interne.

En revanche, la tuberculose décime la population indigène. Les Européens prédisposés sont soumis à ses lois et lui payent un bon tribut. Le climat de la colonie et de Taïti leur est absolument contraire et néfaste. Il serait même à désirer que, lors des départs de France, on soumît tout le monde à un examen des plus sérieux et qu'on écartât du nombre des partants tous les jeunes gens dont les antécédents sont douteux et dont la poitrine présente des signes suspects. On économiserait ainsi bien des vies précieuses à plus d'un point de vue et qu'une insouciance coupable livre sans défenses aux influences d'un climat meurtrier.

Les affections hépatiques sont très répandues sous toutes leurs formes, les unes essentielles, les autres, et c'est le plus grand nombre, tributaires soit de la dysentrie, soit de l'alcoolisme, cette funeste intoxication dont les victimes ne se comptent plus en Calédonie.

La diphtérie et la coqueluche sont le lot presque exclusif des enfants. Les affections aiguës de la poitrine (pleurésie, pneumonie) sont relativement rares.

La syphilis est répandue sur une vaste échelle. Le scorbut

atteint de préférence la transportation, ce qui s'explique par les conditions éminemment défectueuses d'encombrement et d'alimentation dans lesquelles les condamnés du bagne accomplissent sur les transports de l'Etat la longue et pénible traversée de Rochefort à Nouméa.

Arrêtons ici ce court aperçu de la nosologie néo-calédonienne. Nous empruntons du reste à un rapport trimestriel de M. le médecin-principal Ponty, un tableau de statistique qui expose avec précision un résumé de la pathologie à l'hôpital maritime de Nouméa. Ce tableau porte sur une série de 26 années consécutives, c'est dire sa valeur et la créance qu'on peut apporter aux déductions que nous en tirerons dans le cours de ce travail.

NOUVELLE CALÉDONIE ET DÉPENDANCES

SERVICE DE SANTÉ (Hôpital Militaire de Nouméa)

Statistique des décès observés dans l'Etablissement, parmi les Troupes et le Personnel des diverses administrations, pendant une période de 26 années, de 1861 inclus à 1886 inclus.

Années	1861				1862				1863				1864				1865				1866				1867				1868				1869				1870				1871				1872				1873				TOTAUX
Trimestres	1er	2e	3e	4e	1er	2e	3e	4e	1er	2e	3e	4e	1er	2e	3e	4e	1er	2e	3e	4e	1er	2e	3e	4e	1er	2e	3e	4e	1er	2e	3e	4e	1er	2e	3e	4e	1er	2e	3e	4e	1er	2e	3e	4e	1er	2e	3e	4e	
Fièvre typhoïde	5	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	4	»	3	»	1	»	1	»	3	»	»	»	1	7	9	6	4	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	1	»	1	56
Dysenterie	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	1	1	»	1	»	»	12
Hépatite, abcès du foie	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	2	»	»	1	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	15
Cirrhose du foie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Affections cardiaques	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	2	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	1	6
Pneumonie, pleurésie	»	»	1	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	9
Tuberculose, phtisie	1	»	»	1	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	2	1	»	1	4	»	»	1	»	»	2	1	2	»	1	1	»	2	2	1	1	»	»	31
Affections cérébrales	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3
Delirium tremens	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Maladies chirurgicales	»	»	»	1	1	1	»	1	»	1	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	12
Affections diverses	2	1	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	1	»	»	1	»	1	1	»	»	1	»	»	1	»	»	»	1	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	1	1	2	1	»	21
Totaux trimestriels	10	1	1	4	2	1	»	2	3	3	»	2	2	»	4	8	1	5	3	2	2	5	1	4	2	»	1	1	8	14	9	4	3	6	1	1	6	»	3	2	5	4	1	1	5	1	5	5	5	6	1	2	168
Totaux annuels	16				5				8				14				11				12				4				35				11				11				11				16				14				168

Années	1874				1875				1876				1877				1878				1879				1880				1881				1882				1883				1884				1885				1886				TOTAUX
Trimestres	1er	2e	3e	4e	1er	2e	3e	4e	1er	2e	3e	4e	1er	2e	3e	4e	1er	2e	3e	4e	1er	2e	3e	4e	1er	2e	3e	4e	1er	2e	3e	4e	1er	2e	3e	4e	1er	2e	3e	4e	1er	2e	3e	4e	1er	2e	3e	4e	
Fièvre typhoïde	»	1	4	2	11	3	3	»	3	4	3	2	2	3	»	4	6	9	1	11	11	2	2	1	3	3	3	»	3	1	2	»	»	6	4	4	15	7	2	»	3	9	1	4	»	»	1	2	2	3	»	1	222
Dysenterie	2	1	»	1	2	»	»	1	1	2	»	»	1	»	»	1	1	1	»	1	1	»	1	1	2	2	»	»	4	1	2	»	2	2	»	»	2	2	1	»	1	2	1	1	»	»	»	3	1	»	»	»	59
Hépatite, abcès du foie	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	2	»	2	»	1	1	»	1	1	1	»	2	»	»	»	1	1	1	2	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	37
Cirrhose du foie	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	3	1	»	12
Affections cardiaques	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	14
Pneumonie, pleurésie	»	2	1	»	»	»	2	»	»	2	2	1	1	»	1	»	»	»	1	1	»	3	»	»	»	»	2	»	»	1	»	1	»	»	1	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	35
Tuberculose, phtisie	3	1	2	2	1	2	»	»	2	»	1	1	»	»	»	3	1	1	3	2	2	6	1	1	3	2	2	3	1	2	»	2	1	2	3	3	4	5	2	2	2	3	»	2	2	3	1	2	1	4	1	»	124
Affections cérébrales	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	1	»	1	2	»	1	1	»	»	»	1	1	»	1	»	»	»	»	1	»	1	»	1	»	»	»	»	1	1	»	1	»	»	1	»	2	»	»	»	23
Delirium tremens	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	8
Maladies chirurgicales	»	»	2	»	1	1	»	1	1	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	1	1	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	27
Affections diverses	1	2	»	»	»	»	»	1	1	»	1	»	1	1	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	1	1	»	»	»	2	»	»	»	1	2	4	1	1	2	2	1	1	»	»	2	1	56
Totaux trimestriels	6	8	11	5	16	7	5	4	10	10	8	5	5	7	1	10	10	12	10	18	16	11	7	6	9	8	14	4	8	9	6	6	3	12	10	12	25	16	7	3	10	19	4	8	4	6	6	9	6	10	3	2	617
Totaux annuels	30				32				33				23				50				40				35				29				37				51				41				25				23				617

II

ÉTIOLOGIE

Bien que le but de notre travail soit plus spécialement l'étude des différences cliniques que l'on observe dans l'évolution comparée de la dothiénentérie dans des climats différents, nous croyons devoir nous conformer à l'usage et dire ici quelques mots des influences qui président au développement de la maladie. Il est bien évident qu'ici, comme en Europe, les mêmes causes doivent figurer. Aussi nous contenterons-nous de les passer rapidement en revue, en appliquant plus particulièrement au terrain sur lequel nous avons observé les données que possède sur ce point la science moderne.

L'agent infectieux doit nous occuper tout d'abord. Disons de suite que sa nature microbienne est maintenant généralement admise. Les recherches de Browick, de Filschl, de Meyer et Friedlander, de Klebs, Eberth et Gaffky, et les travaux récents de Chantemesse et Vidal ne laissent pas de doute sur ce sujet. Sa propagation par l'air, l'eau et le sol est également un fait acquis. Hâtons-nous de le dire : le mode de transmission de l'infectieux typhoïde par l'air est certainement le moins redoutable de tous. L'air est en effet un milieu peu favorable au développement et à la pullulation des microbes, et la plupart de ceux que l'on y trouve vivants ont perdu en partie ou en totalité leur pouvoir nocif. Il ne s'agit pas ici, bien entendu, de l'air confiné, qui renferme au contraire des agents infectieux dont le nombre et la vivacité sont en rapport direct avec la

lenteur et la difficulté de son renouvellement. Nous citerons, dans le cours de cette étude, des faits qui démontrent la réalité de ce mode d'entrée des germes morbides dans l'organisme.

L'influence des eaux souillées par les déjections des malades, qu'il s'agisse des eaux potables ou de la nappe d'eau souterraine, est également un fait bien connu et sur lequel nous n'insisterions pas davantage, s'il ne trouvait son application toute particulière dans la pathogénie de la fièvre typhoïde à Nouméa, ainsi que l'a démontré le Dr Pindray et comme nous le verrons plus loin.

Quant au sol, sa richesse en microbes pathogènes est en relation étroite avec l'infection des eaux, soit que celles-ci se salissent en traversant des terrains souillés par les déjections typhiques, soit qu'elles se purifient au contraire en abandonnant dans ce filtre naturel les agents infectieux dont elles étaient chargées.

Les influences saisonnières jouent dans la pathogénie de la fièvre typhoïde en Nouvelle-Calédonie un rôle qui a une grande importance. D'après les statistiques, la fièvre typhoïde se développe et atteint son maximum de fréquence dans la période de l'année qui suit immédiatement la saison des pluies. Ceci s'applique plus particulièrement à la ville de Nouméa, qui est pour ainsi dire le foyer épidémique principal. C'est qu'en effet, après les pluies, les eaux au lieu de s'écouler rapidement en lavant le sol et en entraînant dans sa profondeur les agents infectieux, séjournent, croupissent et produisent une humidité constante, cause puissante de développement des fermentations et de l'éclosion des germes morbides. Si l'on joint à ces influences pathogéniques celles qui résultent des conditions hygiéniques déplorables de Nouméa, on se rendra compte de la facilité avec laquelle se développent les épidémies dans cette région en particulier.

Rappelons brièvement ici l'influence fâcheuse qu'exerce sur la garnison de Nouméa le casernement dans des locaux militaires qui sont à la vérité suffisamment larges, spacieux, aérés et ventilés d'une manière satisfaisante mais qui, comme le reste de la ville, ne reçoivent une eau, du reste très pure, qu'en quantité absolument dérisoire. De là l'absence de la propreté indispensable dans les agglomérations d'hommes et partout la facilité d'éclosion et de propagation du contage.

Enfin à ces causes il faut en joindre une autre non moins puissante, la réceptivité morbide. Et tout d'abord, l'acclimatement joue à ce point de vue un rôle prépondérant. Il est d'observation constante que la maladie frappe surtout les nouveaux arrivants, ceux qui ont de cinq à huit mois de séjour dans la colonie. Ceux-là en effet, fatigués par une traversée longue et pénible, sujets à une dépression morale facile à concevoir chez de jeunes soldats, n'ont pas encore pu prendre le dessus sur les influences pernicieuses qu'exerce sur eux un climat par lui-même débilitant. Nous avons eu par nous-même l'occasion de nous en rendre compte et nous avons, dans les observations que nous présentons, fait ressortir avec soin cette importante condition.

Ajoutons encore l'influence, heureusement plus rare, du surmenage de l'alimentation défectueuse, de l'encombrement qui, nous devons le dire, ont ici peu d'occasions d'être incriminées. Mais sans parler de ces causes, il en reste assez pour faire de la Nouvelle-Calédonie un milieu éminemment favorable au développement de l'infection typhoïde, et l'on ne doit pas s'étonner de voir cette maladie, d'importation récente, y avoir si rapidement pris droit de cité.

III

SYMPTOMATOLOGIE

On lit dans le *Compendium de mëdecine pratique :* « La fièvre typhoïde est la synthèse de presque toutes les maladies ou de la plupart de leurs symptômes. Elle est comme la représentation sur un seul sujet des principaux accidents du cadre nosologique : exanthèmes, hémorragies, altération du sang, ramollissement, gangrène, névroses, mouvement fébrile continu, rémittent ou intermittent, etc. Elle emprunte à chaque maladie quelque trouble qui figure dans sa symptomatologie ou dans l'histoire de ses fonctions. Il n'y a rien qui lui appartienne en propre, si ce n'est la lésion des plaques de Peyer ».

C'est avec cette hauteur de vues qu'il convient d'envisager aujourd'hui la dothiénentérie. Nous ne sommes plus au temps des fièvres inflammatoire, entéro-mésentérique, muqueuse, nerveuse, maligne, putride, pythogénique, etc. Grâce à la vigoureuse et intelligente impulsion de l'anatomie pathologique qui, entre les mains de Bretonneau, de Trousseau et de Louis, démontra partout la constance et l'identité des lésions nécropsiques, l'unicité spécifique de la fièvre typhoïde est un fait aujourd'hui définitivement acquis à la science. Mais de même que le paludisme peut se manifester par mille symptômes objectifs à localisations variables, sans cesser pour cela de constituer une entité morbide parfaitement définie et toujours identique à elle-même, de même la fièvre typhoïde peut, suivant la prédominance des localisations ou l'intensité du miasme

typhique, revêtir les formes les plus variées (abortive, adynamique, ataxique, thoracique). Là dedans entrent une foule de conditions plus ou moins précises d'âge, de tempérament, de prédisposition organique, de dose d'infection, de saisons, etc., et, ajoutons-le, de milieux (palustre, amaril, cholérique), d'acclimatement, de climats et de latitudes. C'est pour n'avoir pas tenu compte de ces mille causes de perturbation clinique qu'on a vu des médecins d'une autorité cependant difficile à contester affirmer magistralement la non-existence de la fièvre typhoïde dans les pays chauds. Aujourd'hui encore, dans bon nombre de colonies, en présence de l'évolution quelque peu anormale d'une maladie dont les allures s'écartent de celles qu'on lui connaît en Europe, certains praticiens préfèrent créer pour ces cas insolites des noms nouveaux, des espèces nouvelles, alors que ces espèces prétendues nouvelles ne sont que de simples formes, de simples variétés cliniques de la dothiénentérie. En effet, dans l'histoire de l'iléo-typhus observé sur les différents points du globe, il est un point essentiel qui doit dominer toutes les recherches et toutes les études : c'est que la maladie ne se ressemble pas toujours et partout et qu'il n'y a rien qui lui appartienne en propre et nécessairement, si ce n'est la lésion des plaques de Peyer. Tels symptômes considérés comme constants en Europe peuvent manquer aux colonies; tels autres peuvent exister, mais plus ou moins modifiés. Que de circonstances à invoquer pour expliquer ces anomalies! Mais en revanche toutes les fois que la lésion intestinale existe, localisée et limitée aux follicules clos et aux glandes agminées, il y a lieu, malgré la diversité et l'infinie variabilité des symptômes, de porter le diagnostic de fièvre typhoïde.

Prodromes. — Début.

La fièvre typhoïde débute en Nouvelle-Calédonie suivant deux formes principales :

1° Tantôt c'est un début classique, analogue à la période prodromique d'Europe : malaise général, diminution graduelle des forces, abattement, courbature, tristesse insolite, inaptitude au travail intellectuel et physique; quelquefois rêvasseries nocturnes, perte de l'appétit et du sommeil. Mais en thèse générale, la constipation est la règle, la diarrhée l'exception ; l'épistaxis est très rare. La durée de cette période varie entre un minimum de trente-six heures et un maximum de quatre jours. Malgré l'insistance avec laquelle nous interrogions nos malades pour leur faire déterminer eux-mêmes la date exacte du jour où avait commencé leur malaise, leur fatigue, nous n'avons jamais pu leur faire avouer une période plus longue, telle par exemple que ces deux ou trois semaines que l'on observe quelquefois dans nos climats.

2° Tantôt c'est un embarras gastrique fébrile qui ouvre la scène, au milieu d'une santé parfaite. Perte de l'appétit, bouche mauvaise, amère, langue saburrale, nausées, vomissements alimentaires ou bilieux ; sensation plus ou moins prononcée de brûlure et douleur à la pression tendant à se localiser à la région épigastrique ; frissonnements et fièvre. La fièvre, modérée au début, atteint en quelques heures 38,5, 39 et 40 degrés, soit brusquement, soit par des oscillations ascendantes. Arrivée au fastigium, tantôt la température oscille pendant quelques heures autour de lui, pour redescendre ensuite en quelques heures à la normale, de sorte que le tracé graphique représente pour ainsi dire en miniature celui d'une dothiénentérie ; tantôt au contraire la défervescence suit immé-

diatement l'ascension (fastigium acnéiforme de Wunderlich). On dirait une fièvre typhoïde qui, arrivée à son fastigium, a tourné court, a avorté brusquement. Cette scène fébrile à fond gastrique, sorte de synoque mal déterminée, peut durer de trois à sept jours. Dès que la défervescence a lieu, tout rendre dans l'ordre : on croit à la guérison définitive ; malgré les soupçons du début, on écarte toute idée de fièvre typhoïde, on rassure la famille et le malade, on est rassuré soi-même. Du reste, la température prise matin et soir dénote une apyrexie complète. Cette apyrexie peut être éphémère (Obs. IV) et s'observe quelquefois en France ; « seulement, dit Jaccoud, cette amélioration n'est que temporaire : elle dure de vingt-quatre à quarante-huit heures au plus ». Mais ce qui est étrange, et très fréquent en Calédonie, c'est de voir cette apyrexie se prolonger une semaine et plus (Obs. II). L'homme est rendu depuis trois, quatre, cinq jours déjà à la vie courante ; il a repris son service habituel. Mais bientôt il se représente à la visite, se plaignant de céphalalgie, de faiblesse musculaire, etc., en un mot le cortège habituel de la dothiénentérie ; le thermomètre accuse une température fébrile ; bref, on est au début de la période d'invasion d'une fièvre typhoïde, qui va désormais évoluer comme si rien ne s'était encore passé.

Evolution générale.

L'invasion est courte et rapide. La fièvre une fois allumée atteint son maximum dès le soir du troisième jour, rarement plus tard. Certes, dans bon nombre de cas, une incertitude chronologique planait sur nos observations. Nous avions affaire bien souvent à des soldats jeunes, vigoureux, durs à la fatigue et à la douleur, qui, à part ceux pour lesquels la maladie est

qu'en Europe ; il semble gagner en longueur ce qu'a perdu l'invasion et ce que doit perdre la période de déclin. La défervescence paraît se faire en général assez vite, le plus souvent en moins d'un septenaire, jamais brusquement, mais par des oscillations sensiblement descendantes, ou bien par une ligne oblique analogue en sens inverse à celle de l'invasion. « Bref, dit Vinas, tout est ici plus ou moins perturbé. » En effet, sur environ 80 à 100 tracés graphiques de dothiénentérie que nous avons pu réunir et étudier, nous n'avons pu saisir aucune loi fixe, constante, si ce n'est celle de la continuité, ou pour mieux dire de la subcontinuité. Bien rares sont les tracés réguliers, complets, où l'on retrouve les trois stades si magistralement décrits par Jaccond.

En même temps que s'allume la fièvre s'ouvre la scène des manifestations symptomatologiques qui vont se dérouler successivement et avec une intensité régulièrement croissante.

Généralement, la céphalalgie est la première en date, à localisation principalement frontale. C'est un signe constant, malheureusement peu significatif et n'ayant de valeur pour le diagnostic précoce que par son association avec un certain nombre de signes bien connus, mais qui manquent souvent en Calédonie. Ainsi nous n'avons presque jamais constaté les bourdonnements d'oreilles avant l'administration du sel quinique, la photophobie est exceptionnelle ; les vertiges sont très rares. L'épistaxis est très rare aussi, comme dans tous les pays chauds, malgré l'action congestive que la chaleur exerce sur le réseau capillaire muqueux et cutané. Vinas, à Canala, ne l'a observée que sur 1/9 des cas. Carpentin et Laffent, à la Guadeloupe, donnent des chiffres analogues. Torrès-Homen, au Brésil, insiste sur la rareté des hémorragies nasales, excepté chez les enfants. C'est en somme un bon signe de moins pour le diagnostic. La courbature et la lassitude du début font de rapides

une bonne aubaine en ce sens qu'elle leur permet de « couper » à une foule d'exercices ennuyeux, étaient peu habitués à analyser leurs sensations et ne se faisaient porter malades qu'à une période déjà plus ou moins avancée de leur maladie. Mais toutes les fois que l'homme se présentait de bonne heure, dès les premiers frissons, par exemple, ou dès le premier jour de fièvre, avec une température limitée à 38°, nous avons pu constater que l'ascension se faisait à grands pas, en brûlant les étapes, pour ainsi dire, par des oscillations à grands écarts, et atteignait le fastigium vers le soir du troisième jour, quelquefois même dès les quarante-huit premières heures. Ces oscillations conservent en général le type graduellement ascendant ; toutefois, il n'est pas rare d'observer, même à cette période, un tracé irrégulier, caractérisé par des températures matinales ou vespérales moins élevées que celles correspondantes de la veille (Obs. IV). Quelquefois, mais plus rarement, l'ascension a lieu sans oscillation aucune et le tracé représente une ligne oblique ascendante, presque droite.

Mais c'est principalement à la période que nous appellerions en France période d'état que la température présente ses plus grandes anomalies, ses plus grandes irrégularités. C'est tantôt le tracé classique des oscillations stationnaires, tantôt une ligne courbe en zig-zag analogue à celles observées au Brésil par Torrès-Homen. C'est ici un tracé caractérisé par des variations nycthémérales de 1,5 à 2°, les variations pouvant indifféremment avoir lieu le matin ou le soir. Ailleurs, le tracé graphique est constitué par deux fastigiums successifs, le second inférieur au premier. Très souvent, enfin, le tracé est tellement irrégulier qu'il défie toute comparaison. Nous avons joint à cette thèse quelques tracés qui donneront une idée de la variabilité de la marche de la température.

En règle générale, la durée du stade d'état est plus longue

progrès et jettent dès les premiers jours le malade dans un état d'abattement et de prostration caractéristique, que le peu d'intensité de la fièvre est impuissante à expliquer si on le compare à ce que l'on sait des autres affections banales (synoque, etc.); c'est l'abattement rapide des auteurs. Mais il y a là une question de plus ou de moins souvent difficile à apprécier; d'ailleurs le degré de cette affaissement physique peut dépendre de trop de conditions secondaires (tempérament, maladies antérieures, etc...) pour mériter le titre de pathognomonique.

On voit déjà par ce court exposé des premiers symptômes combien il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'affirmer le diagnostic dès les premières heures. Les soupçons peuvent naître en présence de la triade symptomatique: fièvre, céphalalgie, prostration ; mais la certitude ne viendra d'ordinaire que plus tard.

Nous dirons peu de choses ici de la période d'état, car nous nous proposons de l'étudier d'une façon toute spéciale, en passant en revue les modifications qu'apporte la maladie au fonctionnement des divers appareils.

La période de réparation est caractérisée par l'amendement graduel et progressif de tous les symptômes, mais il est souvent bien difficile de préciser son début, à cause de l'irrégularité même du tracé thermique. On peut dire néanmoins d'une façon générale qu'elle coïncide avec une diminution notable de la température qui tend à s'abaisser de jour en jour, malgré des recrudescences passagères, pour atteindre enfin la normale et marquer ainsi le début de la convalescence. Le malade sort enfin de sa longue torpeur ; mais les forces ne reviennent que lentement et sa pâleur, sa maigreur trahissent le degré plus ou moins intense de la secousse qu'il vient d'éprouver.

Appareil digestif.

L'anorexie et la polydipsie sont la règle. La langue est en général pâteuse, d'abord blanchâtre, puis rosée à la pointe et sur les bords, humide, collante dans les premiers jours ; plus tard, avec les progrès de la maladie, elle se dessèche légèrement et devient trémulante. Mais elle reste en général largement étalée; bien rarement la dessiccation devient assez considérable pour lui donner cet aspect étroit, effilé, recroquevillé et dur qui lui a valu le nom de langue de perroquet. D'ailleurs, nous n'avons presque jamais eu l'occasion de voir la langue, les dents et les gencives se recouvrir de fuliginosités ; or on sait que la langue de perroquet est due à ces mêmes fuliginosités, et que celles-ci proviennent de la dessiccation de la salive et du mucus colorés par le sang. La rareté de ces enduits fuligineux explique encore la rareté des fissures et des crevasses qui donnent à la langue l'aspect fendillé et que l'on a longtemps considérées comme de véritables ulcérations. Grisolle est le premier, croyons-nous, qui ait démontré que ces fentes n'intéressent pas le tissu de la langue, mais seulement la couche concrète qui la tapisse. — Il ne nous souvient pas d'avoir rencontré une seule fois la pulvérulence des narines.

Cette humidité relative des premières voies digestives pourrait peut-être s'expliquer par l'action d'un air saturé de vapeur d'eau. Le fait est qu'on l'a souvent notée dans les pays chauds. Le docteur Jourdan, qui observa à bord de l'*Orne* une épidémie où les élévations considérables de la température cosmique jouèrent le principal rôle et déterminèrent plusieurs coups de chaleur, écrit : « L'aspect de la langue a toujours présenté des caractères particuliers. Elle était toujours fortement saburrale, rouge sur les bords et à la pointe, étalée; presque jamais nous

ne l'avons trouvée sèche, râpeuse, si ce n'est peut-être au moment de la mort. Jamais nous n'avons observé cette langue rôtie, effilée, cette langue de perroquet que l'on observe si souvent en France. Jamais non plus nous n'avons noté de fuliginosités ni sur les dents, ni sur les lèvres ».

La diarrhée figure en Europe au nombre des symptômes les plus constants, les plus importants au point de vue du diagnostic, à tel point que certains auteurs n'admettent pas de dothiénentérie sans diarrhée. « Nous ne croyons pas, dit Coussot, qu'on puisse citer d'observation authentique de fièvre typhoïde ayant parcouru ses périodes normales dans laquelle la diarrhée ait tout à fait manqué... Nous demandons si on peut citer un cas de fièvre typhoïde avec des garde-robes dures, moulées ou nulles. La question ainsi posée, nous croyons pouvoir affirmer que non. » Mais la constipation est maintenant un fait parfaitement démontré et d'observation journalière dans nos colonies. Ecoutons Torrès-Homen : « La diarrhée, qui constitue la règle générale dans les pays européens, surtout en France, est exceptionnelle; même dans la forme abdominale, elle est d'une excessive rareté. La constipation au contraire ne manque jamais dans le premier septenaire et ne disparaît que dans les périodes avancées de la maladie ». Il en est de même en Calédonie. Vinas a constaté la diarrhée seulement dans le quart des cas qu'il a observés; souvent au contraire c'était une « constipation habituelle, portée au point de ne céder qu'à l'usage constant des purgatifs et des lavements. » Voici le résultat de nos observations personnelles à ce sujet : Dans les périodes prodromiques et d'invasion, la constipation est la règle; dans le deuxième septenaire, la constipation l'emporte encore sur la diarrhée dans un rapport que l'on peut évaluer à 3 : 2. Au delà, la diarrhée prédomine, sensiblement entretenue par des moyens artificiels. Toutefois, il n'est pas rare de

voir la constipation persister, malgré la méthode évacuante, jusqu'à la fin de la maladie (Obs. II, III, IV, VI). Dans tous les cas, lorsqu'elle existe, la diarrhée est modérée, 2 à 3 selles par jour et ne devient jamais une complication sérieuse, capable de produire la spoliation et l'épuisement des malades. Nous ne l'avons réellement vu qu'une fois prendre des proportions inquiétantes (Obs. IX), coïncidant avec un abcès volumineux du foie; elle résultait vraisemblablement de l'état catarrhal entretenu dans la muqueuse intestinale par la stase de la veine porte.

Les selles sont liquides, jaunâtres et d'une fétidité caractéristique. Au point de vue du pronostic, la constipation ne nous a paru nullement augmenter la gravité de la maladie; très souvent nous l'avons vue coïncider avec les formes légères.

On devine par ce qui précède que le gargouillement abdominal est un symptôme très rare, dans tous les cas très tardif. Il subit les fluctuations de la diarrhée, dont il est en quelque sorte une mode d'extérioration; car, dit Jaccoud, il indique simplement que le malade a ou vient d'avoir la diarrhée.

Les douleurs abdominales spontanées ne sont jamais très prononcées, à moins de complications intercurrentes. La douleur à la pression est au contraire excessive dans certains cas; mais elle ne présente pas toujours ce caractère de fixité, de localisation dans la fosse iliaque droite (douleur iléo-cœcale). Très souvent elles sont vagues, disséminées dans toute la région abdominale, quelquefois plus vives à gauche (Obs. III), sans doute parce que dans ces cas les lésions s'étendent jusque dans le gros intestin. Dans les formes bilieuses (très rares), on la voit acquérir son summum d'intensité à l'hypochondre droit; dans celles à début gastrique, très fréquentes, elles se caractérisent, au moins dans les premiers jours, par leur localisation épigastrique.

Les vomissements sont rares, sauf dans les formes gastri-

ques, plus souvent alimentaires que bilieux. Une seule fois (Obs. IX) ils furent incoercibles et empêchèrent l'alimentation du malade, tant était grande l'intolérance de l'estomac pour tout aliment et toute boisson, malgré les opiacés, la glace, l'eau de Seltz, etc..... Mais ils étaient occasionnés par la compression qu'exerçait la volumineuse tumeur du foie sur l'estomac qui était enclavé dans la cavité hépatique.

Le météorisme abdominal est un des symptômes les plus constants, sauf cependant dans les formes légères ; mais comme il est continuellement lié à la parésie des tuniques musculaires de l'intestin, il appartient à la période d'état. Il ne peut donc contribuer à poser le diagnostic dès le début, mais seulement à le confirmer plus tard. Le ballonnement se maintient en général dans de justes limites. Nous ne l'avons jamais vu acquérir ces proportions énormes capables de refouler le diaphragme et d'amener l'asphyxie en entravant les fonctions respiratoires.

On a souvent noté en Europe la coïncidence de l'ataxie avec un météorisme exagéré. « L'ataxie, dit Coussot, se remarque presque invariablement quand le ballonnement est considérable. » On a même voulu voir entre ces deux symptômes une relation de cause à effet. Rien de semblable en Calédonie. Nous n'avons vu aucun cas d'ataxie coïncider avec un ballonnement intense et nous pourrions citer en revanche plusieurs malades chez lesquels un météorisme plus ou moins marqué n'a nullement modifié l'état adynamique dans lequel ils étaient plongés.

Exanthèmes.

La roséole typhoïde est inconstante, nous pourrions presque dire exceptionnelle : elle manque sept fois sur dix. C'est encore un signe de moins pour le diagnostic. La rareté de cette érup-

tion n'est pas spéciale à Nouméa ; elle a été signalée par la plupart des auteurs qui ont écrit sur la dothiénentérie des pays chauds : Dutrouleau et Dupont à la Martinique ; Brassac, Carpentin, Laffont à la Guadeloupe ; Laveran et Colin en Egypte ; Torrès-Homen au Brésil ; Vinas à Canala ; d'Ormay en Cochinchine. Lorsqu'elle existe, elle est remarquable par sa discrétion ; elle est constituée par l'apparition ça et là sur l'abdomen et la base de la poitrine de quelques taches rosées lenticulaires, rares, disséminées et essentiellement éphémères. Il y a loin de là à ces exanthèmes confluents qui, chez nous, imposent le diagnostic et acquièrent quelquefois un tel degré d'abondance et de généralisation qu'elles simulent quelquefois une rougeole discrète (Jaccoud). Elle diffère encore de celle d'Europe par l'époque de son apparition ; au lieu de naître du 6e au 9e jour, comme c'est la règle, elle ne se manifeste d'ordinaire que très tardivement, du 12e au 18e jour. Signalons enfin qu'en Calédonie la roséole typhoïde est l'apanage presque exclusif des formes graves et lentes. Nous n'ignorons pas que nous sommes sur ce point en opposition formelle avec les auteurs les plus éminents (Jaccoud, Laveran et Teissier, etc...) ; mais nous nous faisons un devoir de transcrire fidèlement nos impressions, qui concordent d'ailleurs avec celles de Vinas (Epidémie de Canala), avec celles du docteur Laffont (Epidémie du Camp Jacob), qui dit en propres termes : « Cette éruption, normale dans les pays tempérés, est une exception à la Guadeloupe. M. Brassac ne l'observe que deux fois sur 34 cas, et Carpentin également deux fois sur 16 malades..... L'éruption ne se manifeste que chez des sujets gravement atteints..... Nous-même n'avons rencontré les taches rosées que chez quatre de nos malades, et leur apparition coïncida dans tous les cas avec un état très grave. » On ne saurait être plus affirmatif.

Nous passons sous silence, comme n'ayant plus aujourd'hui

aucune valeur diagnostique et pronostique, deux signes que l'on a longtemps considérés et décrits comme spéciaux à la dothiénentérie : les sudamina, dont l'éruption est uniquement liée à la diaphorèse, et les taches bleues, ombrées ou ardoisées, dont l'étiologie parasitaire a été démontrée par MM. Mourson et Duguet.

Les pétéchies s'observent quelquefois à la période ultime de la maladie. Elles nous ont toujours paru être l'indice d'une altération profonde du sang et d'un état général très grave.

Appareil Respiratoire.

Il est bien rare qu'une fièvre typhoïde parcoure en Europe toutes ses phases sans présenter au moins quelques heures les signes d'un catarrhe broncho-pulmonaire plus ou moins intense. La proposition inverse est vraie pour la Calédonie et les pays chauds en général. Bérenger-Féraud attribue ce fait à la température plus élevée du milieu ambiant. La bronchite du début ne se déclare que dans la minorité des cas, toujours très bénigne ; les déterminations pulmonaires sont plus rares encore et ne donnent presque jamais lieu à la forme dite thoracique. (Nous rapportons cependant une observation dans laquelle les symptômes thoraciques furent absolument dominants). Quelquefois la respiration devient un peu pénible ; il y a dyspnée, mais cette dyspnée est l'indice d'une congestion passive simple, le plus souvent hypostatique, qui se traduit à la percussion par une submatité localisée à la partie postéro-inférieure du thorax, et à l'auscultation par l'obscurité du murmure vésiculaire aux deux bases et des râles sous-crépitants disséminés. Lorsque la respiration s'accélérait et que la dyspnée s'exagérait, nous avions coutume de nous attendre à quelque complication céré-

brale. Quand elle survenait dans le courant d'une adynamie très prononcée, elle était souvent pour nous l'indice de phénomènes ataxiques prochains et nous la mettions sur le compte d'une hématose imparfaite par un sang profondément altéré et vicié.

Appareil cérébro-spinal.

L'hébétude du facies et la stupeur constituent avec la céphalalgie, le météorisme et la fièvre, le syndrome absolument constant du typhus abdominal en Calédonie. Ces signes ne nous ont jamais fait défaut. Ils sont précieux surtout en Nouvelle-Calédonie où tous les autres signes même l'hyperthermie sont plus ou moins modifiés. La fièvre typhoïde est en effet la seule affection où malgré le peu d'intensité fébrile la physionomie du malade perde dès les premiers jours toute expression ; sa bouche est entr'ouverte ; son regard vague et indécis ; ses réponses sont lentes bien que précises ; sa langue tremblante semble se dérober à l'empire de la volonté. Ce tableau est caractéristique et bien souvent alors que les autres faisaient défaut, il attirait notre attention et nous mettait sur la voie du diagnostic. A une période plus avancée, l'hébétude devient de la stupeur, cet engourdissement général se traduisant par la suspension plus ou moins complète des facultés intellectuelles, accompagnée d'une sorte d'immobilité et d'une expression d'étonnement et d'indifférence dans la physionomie.

Dans les recherches auxquelles nous nous sommes livré au sujet de la fièvre typhoïde dans les pays chauds, nous avons été surpris de l'unanimité des observateurs à signaler la constance de la stupeur dans la maladie qui nous occupe. Sur ce point tous sont d'accord même ceux qui déclarent qu'elle diffère beaucoup de la pyrexie observée dans nos climats. Un

seul fait exception : Dutrouleau aux Antilles. « C'est, dit-il, par les symptômes de la fièvre inflammatoire et sans stupeur bien marquée que débute la fièvre typhoïde... il y a de la somnolence au début mais pas de phènomènes nerveux ». Mais la description de Dutrouleau remonte à une époque assez reculée où l'existence de la fièvre typhoïde aux Antilles était encore mal établie, niée même par Rufz de Lavison ; il nous est donc permis de croire que si les fièvres de Dutrouleau étaient bien de vraies dothiénentéries, elles étaient du moins notablement modifiées peut-être sous l'influence de l'élément palustre. Son assertion a d'ailleurs récemment été attaquée par Brassac, qui nous dit : « Quatre fois seulement nous avons noté l'absence de stupeur pendant les quatre ou cinq premiers jours de la maladie ; sans l'examen du ventre on aurait pu croire à une fièvre inflammatoire peu grave, mais la stupeur n'en survenait pas moins après le premier septenaire ». Une telle constance dans tous les climats d'un symptôme toujours identique à lui-même, dans une maladie dont tous les autres symptômes sont inconstants et ont été tour à tour attaqués ou niés suivant les pays, donne à ce symptôme une importance considérable et mérite de fixer l'attention.

Le délire ne présente aucun caractère particulier ; remarquons que c'est encore un symptôme nerveux. Il est calme, tranquille dans les formes adynamiques, au contraire bruyant et furieux dans les formes ataxiques.

Le grincement des dents, le mâchonnement, la carphologie, les secousses fibrillaires, les contractures, les soubresauts des tendons sont l'apanage presque exclusif des formes graves. Les convulsions s'observent fréquemment chez les enfants.

Appareil circulatoire.

Les désordres de l'appareil circulatoire se traduisent par une diminution lentement progressive de la force du choc précordial; les bruits du cœur sont confus et paraissent lointains. Cet affaiblissement de l'impulsion cardiaque et le ralentissement de la circulation qui en est la conséquence ne sont pas étrangers à la production des congestions hypostatiques du poumon. Le pouls devient fréquent, faible, dépressible. Le dicrotisme est en général peu accentué, même au sphygmographe, sauf dans les dernières heures qui précèdent la mort.

IV

CONVALESCENCE

Quand après avoir parcouru plus ou moins péniblement les diverses phases de sa maladie, au milieu des péripéties multiples qu'il a traversées sans encombre, le malade se voit enfin arrivé au terme de l'évolution de la fièvre typhoïde, il éprouve, de même que le médecin qui le soigne, un sentiment de joie facile à comprendre. Mais dans la fièvre typhoïde, et tout particulièrement en Nouvelle-Calédonie, le convalescent doit pendant longtemps être entouré de soins. Les écarts de régime, les émotions, les fatigues physiques et intellectuelles, et à leur suite les hémorragies, la syncope, la mort subite, sont des dangers contre lesquels on ne saurait trop se mettre en garde. Mais même en dehors de toute imprudence, la convalescence est une vraie maladie, toute de misère physiologique caractérisée par une débilité excessive, une anémie profonde, la torpeur et la paresse intellectuelles, une susceptibilité très grande de l'appareil gastro-intestinal due aux lésions mêmes des plaques de Peyer dont la guérison est parfois si longue et si pénible. Tant que durera ce syndrome, on ne pourra déclarer la guérison définitive. Malheureusement, aux colonies, tout semble conspirer pour maintenir le *statu quo :* la température élevée, l'état hygrométrique de l'air, la tension électrique de l'atmosphère, contribuent pour une large part à combattre les forces. Les fonctions languissent; la nostalgie et l'anémie font traîner la convalescence en longueur. Ce que nous disons pour

la Calédonie peut s'attribuer à tous les pays chauds. Delioux de Savignac a écrit : « C'est le propre du génie épidémique en tous lieux, du génie endémique dans les régions intertropicales, d'imprimer aux maladies qui naissent sous ces influences un cachet d'adynamie, de détérioration organique, de prostration et en même temps d'impressionnabilité nerveuse, d'où résulte cette débilité sans rapport constant avec la violence de l'attaque antérieure ». Tel malade, dont la pyrexie essentiellement bénigne a évolué en quinze ou vingt jours, sans accidents, aura une convalescence des plus pénibles, parsemée de deux, trois et quatre rechutes qui retarderont indéfiniment la guérison. Tel autre, exempt de fièvre depuis une et même deux semaines, verra tout à coup et sans aucune raison expliquant le phénomène, sa température monter à 40° et au delà sous la forme d'un accès bâtard, incomplet, mal défini, ces accès se renouveler fréquemment, à l'instar des accès palustres, sous les formes quotidienne, tierce ou même quarte, avec une persistance et une ténacité d'autant plus grandes que, n'étant pas de nature paludéenne, ils ne sont nullement justiciables du sulfate de quinine.

V

RECHUTES. RÉCIDIVES

Les rechutes sont beaucoup plus fréquentes que dans nos hôpitaux de France. Elles ont lieu en général assez tard, du quinzième au vingtième jour de la convalescence. Mais tandis que chez nous elles ramènent au complet et dans leur ordre normal tous les symptômes de la fièvre typhoïde, elles ont ici une symptomatologie encore plus restreinte que la maladie initiale, ce qui n'est pas peu dire, et un tracé thermométrique encore plus irrégulier. Tantôt dans les rechutes on observera les caractères de plus en plus marqués de rémittence et les courbes pendant la troisième période de la maladie rappellent, suivant M. Vauvray, les tracés de fièvre rémittente qui figurent à la suite du mémoire couronné de Guéguen (à la Guadeloupe). Tantôt au contraire l'hyperthermie, qui est le caractère dominant et pour ainsi dire unique, se maintient en plateau, ne présentant aucune rémission sensible pendant le cours de la maladie. Néanmoins, à moins que l'hyperthermie ne se soutienne trop longtemps, les rechutes sont en général moins graves que l'atteinte initiale, sauf l'aggravation qu'elles apportent à l'état anémique.

Que dire des récidives? Nous avons compilé et analysé toutes les observations de fièvre typhoïde des quatre dernières années: nous n'avons trouvé mentionné aucun cas de récidive. C'est dire leur rareté.

VI

COMPLICATIONS

Les accidents et les complications de la dothiénentérie sont les mêmes qu'en France. Mais certaines d'entre elles sont extrêmement rares ; telles sont les inflammations broncho-pulmonaires franches (pneumonie infectieuse, bronchite capillaire, pleurésie, etc...) ; les phlegmons parotidiens et l'érysipèle facial, la péritonite par perforation ; les entérorrhagies, dont nous attribuons la rareté relative au fonctionnement plus actif des glandes sudoripares. D'autres, au contraire, sont des plus communes. Citons dans ce groupe la péritonite par propagation de voisinage. Le Dr Manoël a observé en 1888 au dépôt du pénitencier de l'île Nou une série de fièvres typhoïdes qui se compliquaient invariablement de péritonites, heureusement localisées en général. Notons encore l'albuminurie, la néphrite, la névralgie sciatique, l'orchite et enfin la tuberculose, soit qu'il y ait simplement coïncidence, soit qu'elle survienne vers la fin de la maladie ou dans la convalescence, comme favorisée par l'infection typhoïde.

Il est cependant une complication inconnue dans nos climats et qui même n'a jamais, que nous sachions, été signalée dans les pays chauds. Elle paraît spéciale au climat calédonien : c'est l'hépatite suppurée. Elle est relativement très commune à Nouméa et d'une gravité exceptionnelle, tant par elle-même que par la difficulté de son diagnostic. Le plus souvent, l'hépatite survient dans le décours même de la fièvre typhoïde, à

titre de complication évidente ; quelquefois pendant la convalescence ; plus rarement enfin, elle précède de quelques jours, de quelques semaines, l'invasion de la fièvre typhoïde. M. Vauvray en signale un exemple : Une fièvre typhoïde grave a pris naissance chez un convalescent d'hépatite circonscrite avec menace d'abcès. Le malade a dû être rapatrié. Tel encore le malade de M. Chastang : X, soldat d'Infanterie de marine, atteint d'abcès du foie. L'abcès a été ponctionné d'abord, puis aspiré ; plus tard, large incision pour permettre le lavage antiseptique du foyer purulent. Le malade a guéri assez promptement et devait partir comme convalescent, quand il a été atteint, au moment de son embarquement, d'une fièvre typhoïde dont il s'est heureusement tiré, mais qui a ajourné son départ.

A quoi faut-il donc attribuer cette fréquence de l'hépatite suppurée comme complication de la fièvre typhoïde en Nouvelle-Calédonie ? C'est ce que nous allons rechercher.

Bien que l'hépatite suppurée soit presque exclusivement une maladie des pays chauds, on n'admet plus à l'heure actuelle l'influence exclusive de la chaleur. L'élévation de la température extérieure doit très certainement, comme nous le verrons tout à l'heure, entrer en ligne de compte, mais elle n'est pas indispensable et ne suffit pas à elle seule pour produire la maladie. Il est aujourd'hui reconnu que la cause efficiente de l'hépatite suppurée est la pénétration d'un principe infectieux dans le foie par l'intermédiaire de la veine porte. Or, il est facile de comprendre que dans ces conditions la chaleur ne suffit pas pour faire pénétrer dans le sang et de là dans le foie le microbe pyogénique. Si elle joue un rôle dans la production des abcès hépatiques, c'est en produisant la congestion de l'organe et en donnant lieu à une dyscholie pouvant aller jusqu'à l'acholie. Or, le rôle antiseptique de la bile dans l'intestin est bien connu. Si elle vient à manquer, l'entrée des agents infec-

tieux par cette voie est facilement explicable, surtout si à cette cause vient s'ajouter la production de matières septiques dans l'intestin.

Quant aux autres influences sous lesquelles paraît se développer la congestion et l'inflammation suppurée du foie, elles sont toutes plus ou moins controversées. L'influence endémique ne rend compte qu'insuffisamment des causes de l'affection; les ingesta, les circumfusa jouissent d'une plus grande valeur à ce point de vue. On a aussi incriminé le paludisme ; mais il ne paraît pas ici bien coupable, car nous l'avons dit au commencement de ce travail, le paludisme est presque inconnu en Nouvelle-Calédonie.

Il faut donc admettre, à côté de l'influence prédisposante exercée par la chaleur, l'action déterminante d'un agent tout différent de nature septique. Et dans cet ordre d'idées, il est tout naturel d'admettre que les causes les plus efficaces d'hépatite suppurée seront les maladies qui s'accompagneront de la production des matières septiques dans tout le territoire intestinal, où viennent prendre naissance les radicules de la veine porte. C'est un fait maintenant bien connu que l'influence de la dysenterie grave que l'on observe si souvent aux colonies sur la pathogénie des abcès du foie. Ici, en effet, nous trouvons tous les agents que nous avons cités, toutes les causes que nous avons reconnues et qui se résument en ce fait capital : production de matières septiques dans l'intestin ; absorption de ces matières septiques par les radicules de la veine porte ; transport de ces matières dans le foie où leur arrivée provoque la suppuration dans un organe déjà primitivement congestionné et enflammé.

Si nous admettons que les choses doivent se passer ainsi dans la dysenterie, quoi de plus simple que d'admettre la production de ces mêmes phénomènes dans le cours de la dothié-

nentérie ? N'avons-nous pas ici la même influence prédisposante, celle de la chaleur ; la même production, plus marquée encore d'agents septiques dans l'intestin, au niveau des follicules clos et des plaques de Peyer enflammées ? Il nous paraît de toute évidence que, là aussi, il n'y a pas à chercher ailleurs la cause déterminante des hépatites suppurées, si fréquentes en Nouvelle-Calédonie comme complication de la fièvre typhoïde. Si cette complication est rare en France il ne faut pas s'en étonner. Nous avons bien là encore la même infection intestinale ; mais la chaleur ne viendra plus enlever au foie son moyen de défense, la production de la bile ; et si dans tous les cas cette sécrétion est diminuée, elle ne le sera jamais autant qu'aux colonies, et son influence, jointe à l'antiseptie intestinale thérapeutique, sera suffisante pour empêcher l'apport au foie par la veine porte des agents infectieux qui pullulent dans le tube intestinal.

Telle est, croyons-nous, la pathogénie des abcès du foie survenant à titre de complication dans le cours de la fièvre typhoïde. Pour les cas, très rares du reste, où l'abcès du foie a précédé au contraire l'apparition de la dothiénentérie, nous pensons que là encore les deux affections ne doivent point être séparées. Il nous semble facile d'admettre que, sous l'influence de la perturbation de la sécrétion biliaire produite par l'abcès du foie, les agents infectieux qui sont continuellement introduits dans le tube digestif et qui, à l'état normal, ne s'y trouvent pas dans des conditions de vie favorables, vont au contraire se développer et pulluler avec rapidité, puisqu'ils ne se trouvent plus en présence de l'agent antiseptique physiologique qui s'opposait à leur développement. Et nous voilà en présence d'une fièvre typhoïde qui évoluera avec d'autant plus d'intensité que le malade, déjà affaibli par l'affection antérieure, ne pourra lui opposer qu'une résistance vitale amoindrie.

L'hépatite suppurée constitue, avons-nous dit, une complication d'autant plus redoutable que, lorsqu'elle survient dans le cours de la fièvre typhoïde, elle est le plus souvent latente et ne se retrouve qu'à l'autopsie. En effet l'hépatite, même simple, dégagée de ses connexions avec la dothiénentérie, ne se manifeste pas toujours d'une façon évidente (Cliquet, Dutrouleau, Bérenger-Féraud). La douleur locale manque souvent. L'ictère est rare. La douleur de l'épaule droite, le point de côté, la fièvre, peuvent facilement être mis sur le compte d'une toute autre cause et lorsque les symptômes de la fièvre typhoïde viennent couvrir ceux de l'hépatite, il faut au médecin une bien grande habitude et un flair clinique tout spécial pour diagnostiquer à coup sûr l'abcès du foie.

Le traitement de cette grave complication est surtout préventif. Tous les moyens que la thérapeutique met à notre disposition pour obtenir l'antiseptie intestinale devront être largement mis en usage. Si malgré tout l'hépatite arrive à suppuration et que l'on s'en aperçoive, il faudra ouvrir l'abcès; et ici nous nous abstenons de citer telle ou telle méthode; nous croyons que c'est au médecin de choisir, en s'inspirant des circonstances en face desquelles il est placé.

OBSERVATION I

Louradour, 20 ans, soldat d'Infanterie de marine; dix mois de séjour dans la colonie. Entre à l'hôpital le 1er décembre 1887.

Malade depuis trois jours seulement. Céphalalgie frontale violente, visage cyanosé, stupeur manifeste, diarrhée légère, gargouillement, douleurs à la pression localisée dans la fosse iliaque droite, quelques douleurs spontanées intermittentes. Quelques taches rosées lenticulaires. A l'auscultation, signes de congestion pulmonaire. Tm. 40,7; Ts. 41,2.

Sulfate de quinine 0,25. Vin de quinquina 60 gr.

Potion : Kermès. 0,30
Sirop de morphine..... 30 gr.
Eau ..... 120 gr.

Ventouses scarifiées sur l'hémithorax gauche en arrière.

Le 2 décembre : Tm. 41°; Ts. 40,9. Sommeil très agité; le malade a parlé toute la nuit à haute voix sans paraître entendre les observations qu'on lui adresse. Ce matin il ne reconnaît personne, paraît agité, furieux et profère des menaces contre des personnages imaginaires.

Le 3 : Tm. 40,5 ; Ts. 40,2. Même état.

Le 4 : Tm. 41° ; Ts. 40, 9. Le délire continue avec les mêmes caractères. Dans ses rares moments de calme, le malade marmotte à voix basse des paroles incompréhensibles. Carphologie très marquée. Le ballonnement abdominal a augmenté sans être excessif; le malade porte fréquemment la main à son abdomen.

Frictions à l'huile de camomille laudanisée. Potion tonique.

Potion : Teinture digitale..... 20 gouttes.
Sirop de morphine... 30 gr.
Eau..... 120 gr.

Mort le 5, à 7 h. 30 du matin.

Autopsie. — *Cavité thoracique :* Adhérences très marquées au sommet du poumon gauche. A la coupe de la partie médiane du même poumon, on trouve plusieurs points purulents. Congestion intense de la base et du poumon droit.

Cœur granulo-graisseux.

Cavité abdominale : Rate très volumineuse et ramollie. Foie et reins normaux.

Les intestins sont fortement congestionnés. Nombreuses plaques de Peyer, toutes à la période d'induration. Pas de perforation.

La cavité crânienne n'a pas été ouverte.

OBSERVATION II

Dutrey, 22 ans, soldat d'Infanterie de marine, six mois de séjour dans la colonie. Entre à l'hôpital le 2 décembre 1887 pour bronchite et fièvre. T. 40°.

Malade depuis huit jours environ. Perte graduelle de l'appétit et des forces. Un peu de céphalalgie. Légère dyspnée avec douleur rétro-sternale; râles sibilants et ronflants. Langue légèrement saburrale, selles normales. Pas d'autres symptômes.

Prescription : Potion avec kermès 0,30 et sirop de morphine 30 gr.

3 décembre : Tm. 39,4 ; Ts. 39,5.

Le 4 : Tm. 38° ; Ts. 40°.

Le 5 : Tm. 39°; Ts. 38,3. Nuit mauvaise. Rêvasseries continuelles et pénibles. Pas de symptômes abdominaux. Sirop de morphine, 30 gr. ; potion tonique.

Le 6 : Tm. 39,7; Ts. 39,4. Pas de selles. Lavement purgatif au séné et sulfate de magnésie.

Le 7 : Tm. 39°; Ts. 40,4. Deux selles.

Le 8 : Tm. 38,5; Ts. 39,1.

Le 9 : Tm. 38,2; Ts. 38,6.

Le 10 : Tm. 39,1; Ts. 39,7. Pas de selles. Eau de Sedlitz, un verre. Sulfate de quinine 0,50.

Le 11 : Tm. 38°. Ts. 38,3. Adynamie profonde.

Le 12 : Tm. 37,5; Ts. 38,2.

Le 13 : Tm. 38,1; Ts. 39,3.

Le 14 : Tm. 39°; Ts. 40,2.

Le 15 : Tm. 38,2; Ts. 39,8.

Le 16 : Tm. 38,2; Ts. 38°. Un verre d'eau de Sedlitz.

Le 17 : Tm. 38,2; Ts. 38,3.

Le 18 : Tm. 37,2; Ts. 39,5. Dyspnée; sensation de gêne et de chaleur dans la poitrine. Respiration, 24.

Le 19 : Tm. 37,7; Ts. 38,9.

Le 20 : Tm. 38,7 ; Ts. 39,4.

Le 21 : Tm. 38,5 ; Ts. 39,1.

Le 22 : Tm. 38,2 ; Ts. 38,9. Le malade se plaint d'étouffement. A l'auscultation, gros râles sibilants ; en certains points des deux poumons, absence du murmure vésiculaire. R., 30.

Le 23 : Tm. 38,3 ; Ts. 39°.

Le 24 : Tm. 38,4 ; Ts. 39,1.

Le 25 : Tm. 38,8 ; Ts. 40,1.

Le 26 : Tm. 39° ; Ts. 39,7. Agitation très grande dans la nuit. Délire furieux. Le matin, le malade paraît très abattu et répond avec difficulté aux questions qu'on lui pose. Douleurs lombaires et céphalalgie violente.

Le 27 : Tm. 38,5 ; Ts. 40,1.

Le 28 : Tm. 38,5 ; Ts. 39,8. Toujours grande agitation ; carphologie ; selles involontaires. Pouls petit, très fréquent.

Le 29 : Tm. 39,1 ; Ts. 39,9.

Le 30 : Tm. 39,2 ; Ts. 38,1.

Le 31 : Tm. 38,5 ; Ts. 38,3.

1er janvier : Tm. 38,3 ; Ts. 38,7. Pouls à 132. L'agitation a un peu diminué.

Le 2 : Tm. 38,4 ; Ts. 39°.

Le 3 : Tm. 39,8 ; Ts. 39,1.

Le 4 : Tm. 39° ; Ts. 39,5. On constate au niveau du sacrum une plaie de position, très superficielle.

Le 5 : Tm. 38,5 ; Ts. 38.

Le 6 : Tm. 38,3 ; Ts. 37,9.

Le 7 : Tm. 38,1 ; Ts. 38,2.

Le 8 : Tm. 36,6 ; Ts. 37,1.

Les symptômes alarmants ont disparu peu à peu. Du 8 au 17, période d'apyrexie. Le malade va de mieux en mieux et demande à manger avec insistance. Diète lactée, jus de viande, œufs, confitures. Extrait de quinquina, vin de Malaga.

Le 17 janvier : Ts. 39.

Le 18 : Tm. 37,5 : Ts. 38,8.

Le 19 : Tm. 37,3 ; Ts, 38,9.

Le 20 : Tm. 37° ; Ts. 39°.

Le 21 : Tm. 37,3 ; Ts. 38,7.

Le 22 : Tm. 37,2 ; Ts. 38,5.

Le 23 : Tm. 36,7 ; Ts. 38,8.

Le 24 : Tm. 37° ; Ts. 39,4.

Le 25 : Tm. 37,2 ; Ts. 39,4.

Le 26 : Tm. 37,3 ; Ts. 39,5.

Le 27 : Tm. 37,7 ; Ts. 39, 3.

Le 28 : Tm. 37,4 ; Ts. 38,9.

Pendant toute cette période, l'adynamie est le seul symptôme saillant.

Le 29 : Tm. 37,8 ; Ts. 38,6.

Le 30 : Tm. 37,5 ; Ts. 38,6.

Le 31 : Tm. 37,2 ; Ts. 38,3.

Le 1er février : Tm. 37,6 ; Ts. 38,3.

Le 2 : Tm. 36,9 ; Ts. 38,9.

Le 3 : Tm. 37,2 ; Ts. 38,8.

Le 4 : Tm. 36,7 ; Ts. 37,6.

Le 5 : Tm. 36,4 ; Ts. 37,8.

Le 6 : Tm. 36,3 ; Ts. 36,7.

Convalescence longue et pénible. Exeat le 7 mars, après avoir obtenu un congé de convalescence pour la France.

OBSERVATION III

Chassaing, 24 ans, soldat d'Infanterie de marine. Quatre mois de séjour. Entre à l'hôpital le 7 décembre 1887, avec un billet ainsi conçu : « Fièvre muqueuse, céphalalgie, stupeur, anorexie, épistaxis. Malade depuis trois jours. »

Courbature généralisée. Ventre légèrement ballonné ; douleur à la pres-

sion dans les deux fosses iliaques, surtout à gauche. Langue suburrale, constipation. Ts. 40,3.

Le 8 : Tm. 40° ; Ts. 40,3.

Le 9 : Tm. 40° ; Ts. 40,4.

Le 10 : Tm. 39,7 ; Ts. 40,1. Pouls à 100. Dicrotisme très net.

Le 11 : Tm. 40° ; Ts. 40,3. Rachialgie. Facies congestionné.

Le 12 : Tm. 40,2 ; Ts. 40,2. Agitation. Délire pendant la nuit. Quelques taches rosées lenticulaires. Langue sèche, rôtie.

Le 13 : Tm. 39,5 ; Ts. 39,6. Météorisme. Ventre très sensible. Un peu de prostration ; subdelirum. Cependant, par moments, le malade répond assez bien aux questions.

Le 14 : Tm. 40,3 ; Ts. 39,6.

Mort le 15, à 7 h. 25, du matin.

Autopsie : Adhérence très intime des deux feuillets du péritoine. Pas d'épanchement de liquide. — Congestion intestinale très vive. Au-dessus de la valvule iléo-cœcale, à quelques centimètres, quatre ou cinq plaques de Peyer à la période d'induration.

OBSERVATION IV

Monnet, 23 ans, soldat d'Infanterie de marine. — Vient de la presqu'île Ducos avec la note : un peu de bronchite et d'embarras gastrique. T. 38°. (quatre mois de séjour dans la colonie.)

Arrive à l'hôpital le 8 décembre 1887. — Céphalagie modérée ; langue sale, jaunâtre ; le ventre est souple et sans ballonnement ; selles normales. Point de côté au dessus du mamelon droit. A l'auscultation, quelques râles sibilants disséminés. Tm. 38,7 ; Ts. 39,3.

Prescription : Ventouses sèches *loco dolenti ;* limonade citrique, vineuse, deuxverres d'eau de Sedlitz.

Potion : Sirop de morphine..... 30 gr.
Sirop de tolu..... 30 gr.
Eau..... 60 gr.

Le 9 décembre : Tm. 38,4 ; Ts. 39°. Même état, 5 selles. La douleur a disparu.

Le 10 : Tm. 38,2; Ts. 39,5. Douleur à la pression de la région épigastrique ; nausées, vomissements.

Le 11 : Tm. 38,4 ; Ts. 40,2.

Le 12 : Tm. 37,9 : Ts. 39,1.

Le 13 : Tm. 37,8 ; Ts. 38,1. Les râles bronchiques ont disparu : Le malade se prétend guéri et demande à sortir.

Le 14 : Tm. 37,7 ; Ts. 37,5.

Le 15 : Tm. 37,3 ; Ts. 37,6.

Le 16 : Tm. 37,3 ; Ts. 37,9.

Le 17 : Tm. 37,4. Ts. 37,9. La céphalalgie reparaît avec plus d'intensité.

Le 18 : Tm. 38,2; Ts. 39,3. Pas de selles depuis trois jours. Douleurs à la pression dans la fosse iliaque. Un verre d'eau de Sedlitz.

Le 19 : Tm. 38,7; Ts. 40,2. Deux selles. Gargouillements.

Le 20 : Tm. 39,4; Ts. 40,1. A très peu dormi la nuit; se sent très faible.

Potion : Bromure de potassium. . . . . 2 gr.
Sirop de morphine. . . . . 30 gr.
Eau. . . . . 60 gr.

Le 21 : Tm. 39,7 ; Ts. 40,1. Nuit mauvaise. Stupeur; adynamie profonde. Lotions vinaigrées. Jus de viande, 100 gr. Potions *ut supra;* potion tonique. Sulfate de quinine, 0,75.

Le 22 : Tm. 40,1 ; Ts. 40,1. Un peu d'agitation. Délire calme. Même prescription. Un grand bain tiède.

Le 23 : Tm. 40,4; Ts. 39,7. Sulfate de quinine, 1 gr. 50. Six lotions vinaigrées.

Le 24 : Tm. 39,8 ; Ts. 40,2. Même prescription.

Le 25 : Tm. 39,9 ; Ts. 40,3. Délire toujours calme. Rêvasseries continuelles; se croit persécuté. Eruption discrète de taches rosées lenticulaires. Langue sèche, rôtie; fuliginosités sur les gencives.

Potion : Teinture de musc. . . . . 0,75.
Sirop de fleurs d'oranger. . . . 30 gr.
Eau. . . . . 60 gr.

Le 26 : Tm. 40,1 ; Ts. 40°. Nuit très agitée. Potion tonique. Potion élixir parégorique, 1 gr. Acide salicylique, 2 gr. (en 4 paquets). Un demi-siphon d'eau de Seltz.

Le 27 : Tm. 40,1 ; Ts. 39,7. La nuit a été un peu plus calme, moins de délire.

Le 28 : Tm. 39,5; Ts. 39,6. Nuit bonne. Sueurs profuses. Eruption confluente de sudamina sur l'abdomen, la poitrine et le cou. Même prescription.

Le 29 : Tm. 39° ; Ts. 39,9.

Le 30 : Tm. 39,2; Ts. 39,2. Bien-être relatif. Le malade n'a plus de délire. Il est calme et ses réponses sont nettes.

Le 31 : Tm. 38,6 ; Ts. 38,9.

1er janvier : Tm. 38,7; Ts. 38,5.

Le 2 : Tm. 38° ; Ts. 38,4.

Le 3 : Tm. 36,9; Ts. 37,6.

A partir de ce moment, les forces reviennent, mais lentement, et le 6 février le malade est envoyé en congé de convalescence en France.

OBSERVATION V

Boutin, 23 ans, caporal d'Infanterie de marine. Dix-huit mois de séjour dans la colonie.

Malade depuis une huitaine de jours. Céphalalgie, anorexie, courbature généralisée. S'est présenté le 10 janvier 1888 à la visite du médecin-major.

Le 10 janvier : Tm. 38,1 ; Ts. 38,6.

Le 11 : Tm. 38,3 ; Ts. 38.8.

Le 12 : Tm. 38,4; Ts. 38,9.

Le 13 : Tm. 39°. Le malade est dirigé sur l'hôpital pour fièvre continue.

Le 14 : Tm. 39° ; Ts. 39,5.

La céphalalgie persiste. Douleurs dans les membres, principalement dans les mollets ; langue saburrale ; constipation depuis trois jours ; météorisme léger ; douleur à la pression dans la fosse iliaque droite, mais pas de gar-

gouillements. Légère stupeur. Le malade tousse un peu ; râles bronchiques à l'auscultation.

Prescription : Limonade citrique vineuse, eau de Sedlitz, vin de quinquina 60 gr., sulfate de quinine 0,50.

Potion : Elixir parégorique... 1 gr.
Sirop de Tolu..... 30 gr.
Eau..... 60 gr.

Le 15 janvier : Tm. 38,9; Ts. 39,8. L'adynamie s'accentue légèrement. Quatre selles sous l'influence du purgatif. Potion tonique.

Le 16 : Tm. 38,9; Ts. 39,8. La diarrhée s'est établie et avec elle le gargouillement.

Le 17 : Tm. 39°; Ts. 39,8.

Le 18 : Tm. 38,3; Ts. 39,2.

Le 19 : Tm, 38°; Ts. 38,7.

Le 20 : Tm. 37,8; Ts. 38,8.

Le 21 : Tm. 37,6; Ts. 38,2.

Le 22 : Tm. 37°; Ts. 37,7.

Le 23 : Tm. 36,9; Ts. 37,4. Le malade entre en convalescence ne conservant qu'une grande faiblesse dans les membres.

Période complètement apyrétique de neuf jours, la température oscillant entre 36,5 et 37° pendant laquelle les forces reviennent petit à petit.

Le 5 février, sans aucun écart de régime (le malade est au quart léger depuis 6 jours), à la visite du soir la température monte à 39,1. Céphalalgie violente, constipation. On donne 40 grammes de sulfate de soude.

Le 6 : Tm. 38,2; Ts. 39,2.

Le 7 : Tm. 38,5; Ts. 39,4.

Le 8 : Tm. 38°; Ts. 39,2.

Le 9 : Tm. 37,9; Ts. 39,1.

Le 10 : Tm. 37,8; Ts. 38,5.

Le 11 : Tm. 37,2; Ts. 37,9.

Le 12 : Tm. 36,6; Ts. 37,3.

On insiste sur le régime tonique et, le 24, le malade est mis exeat sur sa demande. Mais dès le 26 il y a rechute. Tm. 38,5; Ts. 39°, 39,3.

Le 27 : Nouvelle entrée à l'hôpital. Ts. 39,5. Céphalalgie, langue saburrale, anorexie, diarrhée, douleurs abdominales spontanées sans localisation précise. On administre un vomitif.

Le 28 : Tm. 38,7; Ts. 38,7.

Le 29 : Tm. 38,6; Ts. 38,8.

1er mars : Tm. 37,7; Ts. 38,6.

Le 2 : Tm. 37,3; Ts. 38,3.

Le 3 : Tm. 37,3; Ts. 38,2.

Le 4 : Tm. 36,8; Ts. 37,4.

A partir de ce jour, la guérison est définitive et le malade sort guéri le 11 mars.

OBSERVATION VI

Lavaud, 24 ans, soldat d'Infanterie de marine. Entre à l'hôpital le 12 janvier 1888 sous la rubrique : fièvre. Le billet d'entrée mentionne en outre les renseignements suivants : Lavaud s'était présenté à la visite le 5 janvier, atteint d'embarras gastrique simple. Tm. 38,2. *Prescription* : sulfate de magnésie, 30 gr.

Le 6 janvier : Tm. 37,5; Ts. 37,6.

Le 7 : Tm. 37°. Le malade se déclara guéri et reprit son service le 8.

Le 11 au soir, se sentant courbaturé outre mesure, il fit prendre sa température par l'infirmier. Ts. 40,1.

Le 12 : Tm. 38,7; Ts. 38,9.

Les symptômes actuels sont : céphalalgie, faiblesse, inappétence, langue saburrale.

Sulfate de soude . . .	40 gr.
Tartre stibié.	0,05.
Eau	300 gr.

Le 13 : Tm. 38,4; Ts. 40,1. Nuit mauvaise. Trois selles par le purgatif; gargouillements; douleurs abdominales vagues. Adynamie.

Prescription : Bouillon, vin de Bordeaux, limonade citrique vineuse. Potion tonique. Sulfate de quinine, 0,50.

Le 14 : Tm. 39,2; Ts. 39,7. Un peu de météorisme.

Le 15 : Tm. 39,6; Ts. 40,6. L'adynamie s'accentue. Apparition de quelques taches rosées lenticulaires.

Le 16 : Tm. 40°; Ts. 40,4. Le malade ne dort que très peu et son sommeil, loin de le reposer, est « fatigant » (*sic*). Rêvasseries; vives appréhensions sur l'issue de la maladie. L'auscultation pulmonaire est négative. Pas de selles.

Huile de ricin, une cuillerée.

Le 17 : Tm. 39,9; Ts. 40,45. Insomnie, grande agitation ; ataxie des mouvements volontaires. Le malade semble étranger à tout ce qui se passe autour de lui. Langue sèche, soif ardente.

Le 18 : Tm. 39,5; Ts. 40°. Même état. Pas de selles. Lavement purgatif. *Potion :* Elixir parégorique 1 gr. 50.

Le 19 : Tm. 40°; Ts. 40,1.

Mort le 20 janvier, à 3 h. 30 du matin.

Autopsie : Cavité thoracique. Adhérences au sommet du poumon droit; le gauche est légèrement congestionné à sa base. Pas de traces de tubercules.

Cœur décoloré.

Cavité abdominale : L'estomac présente des traces d'hémorragie sous-muqueuse. Le duodénum et le jéjunum sont sains. A un mètre environ du gros intestin, quelques plaques de Peyer font saillies; deux seulement sont ulcérées près de la valvule iléo-cœcale.

Ganglions gonflés et indurés. Rate gorgée de sang.

OBSERVATION VII

Joumel, 23 ans, soldat d'Infanterie de Marine. Dans la colonie depuis six mois. Malade depuis une huitaine de jours ne se présente à la visite que le 22 janvier. Début par diarrhée et céphalalgie. Ts. 40°. Envoyé à l'hôpital pour embarras gastrique fébrile.

Le 23 janvier : Diarrhée, céphalalgie, douleurs musculaires, faiblesse. Facies hébété. Langue saburrale. Le ventre est souple, mais douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite. Gargouillements. Le malade a eu cette nuit une épistaxis assez abondante. Tm. 40° ; Ts. 40°.

Le 24 : Tm. 39,4 ; Ts. 39,1. Stupeur ; un peu d'agitation. Insomnie.

Le 25 : Tm. 38,8 ; Ts. 39,6.

Le 26 : Tm. 38,2 ; Ts. 39,9. Ataxie et délire très violents, nécessitant l'emploi des moyens de contention et l'isolement dans un cabinet d'aliéné. En brisant une vitre, s'est fait au coude gauche une plaie assez profonde, longue de 3 centimètres. Potion bromurée à 4 gr. Sulfate de quinine 0,75.

Le 27 : Tm. 39,4 ; Ts. 39,5. Prostration très grande. Délire calme.

Le 28 : Tm. 38° ; Ts. 38,9. Même état.

Le 29 : Tm. 38,5 ; Ts. 39,5. Nuit tranquille, assoupissement, mieux sensible.

Le 30 : Tm. 39,7 ; Ts. 39°.

Le 31 : Tm. 38,7 ; Ts. 39,4.

Le 1er février : Tm. 38,1 ; Ts. 38,5. On enlève les points de suture de la plaie du coude. Amélioration très notable de l'état général du malade.

Le 2 : Tm. 38° ; Ts. 38°.

Le 3 : Tm. 37,5 ; Ts. 37,6.

Le 4 : Tm. 36,6 ; Ts. 37,7.

Le 5 : Tm. 36,5 ; Ts. 38°.

Le 6 : Tm. 37,2 ; Ts. 38,4.

Le 7 : Tm. 37,3 ; Ts. 38,8.

Le 8 : Tm. 37° ; Ts. 37,9.

Le 9 : Tm. 37 ; Ts. 37,9.

A partir de ce jour la guérison est définitive et le malade sort de l'hôpital le 28 février.

OBSERVATION VIII

Mme E..., âgée de 20 ans, entre à l'hôpital d'urgence le 31 janvier 1888. Elle arrive de France ce matin par le paquebot le « Yarra » à bord duquel elle est tombée malade le 26 janvier. Le billet d'entrée, signé du médecin du paquebot, porte les renseignements suivants :

« Fièvre muqueuse compliquée d'accidents pulmonaires. Douleur au côté gauche ; toux ; râles dispersés dans les deux poumons. Céphalalgie ; saignements de nez. Diarrhée intermittente, douleur abdominale ».

Traitement : Alcool, acide salicylique, quinine, glace.

Le 27 : Tm. 39° ; Ts. 41°.

Le 28 : Tm. 39,6 ; Ts. 39,6.

Le 29 : Tm. 39,6 ; Ts. 39°.

Le 30 : Tm. 39° ; Ts. 40,8,

Le 31 : Au moment de l'entrée, les troubles respiratoires dominent la scène. Anxiété précordiale ; dyspnée ; petite toux sèche, fréquente, douloureuse. Grande sensibilité du ventre. Fièvre intense. Tm. 40,4. Ts. 40,8.

Prescription : Bouillon, vin de Bordeaux, eau de Seltz, potion tonique. Limonade Rogé, deux verres. Onctions avec de l'huile de camomille chaude sur le ventre.

Le 1er février : Tm. 40,4 ; Ts. 40,8. Prostration, agitation, subdelirium. Langue saburrale ; cinq selles par le purgatif, A la pression, douleurs abdominales généralisées. Pas de taches rosées, pas de météorisme. Toux fréquente, surtout la nuit. Respiration soufflante au tiers moyen du poumon gauche. Inspiration saccadée. Vésicatoire en arrière à gauche.

Le 2 : Tm. 40,3 ; Ts. 40,5. Nuit agitée ; mouvements carphologiques. Vive douleur au côté gauche. A l'auscultation, en arrière respiration soufflante. Sous la clavicule gauche, râles humides en grand nombre ; bruit de frottement aux deux temps. Deux selles dans les vingt-quatre heures ; langue toujours saburrale. La malade a très peu dormi et est profondément abattue.

Le 3 : Tm. 40,3; Ts. 40,6. Même état.

Le 4 : Tm. 40,3; Ts. 39,5.

Le 5 : Tm. 39.5; Ts. 40,5. Faiblesse extrême. Facies vultueux; pommettes rouge écarlate. Le ventre est souple, mais douloureux. Mêmes symptômes thoraciques. Anxiété respiratoire très prononcée. P. 140; R. 60. Intelligence nette; la malade ne semble cependant pas soupçonner la gravité de son état.

Le 6 : Tm. 39,8; Ts. 40,5. Même état.

Mort le 7 février, à une heure 3/4 du matin.

Autopsie. — *Habitus extérieur :* Emaciation presque squelettique; rigidité cadavérique très prononcée.

Cavité thoracique : Poumons engorgés à la base et à la partie moyenne. Pas de traces de tubercules. La cavité pleurale contient un peu de liquide.

Cœur normal. Quelques caillots cruoriques dans les cavités. Un peu de sérosité dans le péricarde.

Cavité abdominale : Dans la première partie de l'intestin grêle, plaques de Peyer gaufrées, non ulcérées, abondantes, peu étendues et situées du côté opposé à l'insertion du mésentère.

Foie et rate normaux. La cavité crânienne n'a pas été ouverte.

OBSERVATION IX

Girre, 24 ans, soldat d'Infanterie de marine. Vingt-sept mois de séjour dans la colonie. Entre à l'hôpital le 17 février 1888. Malade depuis sept jours environ. Fièvre continue, céphalalgie, diarrhée, langue saburrale. Ventre météorisé, très sensible à la pression. Légère hébétude. Tm. 39,7. Ts. 40,4.

Prescription : Limonade citrique vineuse; potion tonique; bouillon et vin. Potion élixir parégorique, 1,50. Sulfate de quinine, 0,75.

Le 18 : Tm. 39,3; Ts. 39,6.

Le 19 : Tm. 39°; Ts. 39,2.

Le 20 : Tm. 38,9; Ts. 39,5. Même état général. La diarrhée a un peu augmenté.

Le 21 : Tm. 39°; Ts. 39,6.

Le 22 : Tm. 38,3; Ts. 39,5.

Le 23 : Tm. 38,5; Ts. 39,4.

Le 24 : Tm. 37,6; Ts. 39,4.

Le 25 : Tm. 38,2: Ts. 38,9. Le météorisme a diminué. Etat général sensiblement meilleur.

Le 26 : Tm. 38,4; Ts. 39,1.

Le 27 : Tm. 38,4; Ts. 39,3.

Le 28 : Tm. 38,1; Ts. 39,2.

Le 29 : Tm. 38°; Ts. 39,3.

1er mars : Tm. 38°; Ts. 39,7.

Le 2 : Tm. 37,8; Ts. 39,5.

Le 3 : Tm. 37,5; Ts. 39,2.

Le 4 : Tm. 37,8; Ts. 39,2.

Le 5 : Tm. 37,7; Ts. 39°. Un peu de diarrhée.

Le 6 : Tm. 36,7; Ts. 38,5. La diarrhée persiste.

Le 7 : Tm. 37,3; Ts. 38,8. Le météorisme a reparu ; le ventre est légèrement sensible à la pression. Vomissements dans la journée, la diarrhée a fait des progrès.

Prescription : Bouillon, vin de Bordeaux, potion tonique eau de Seldtz, glace, potion élixir parégorique 1 gr. 50.

Le 8 : Tm. 37,2; Ts. 38,8. Toujours diarrhée. Les vomissements se sont reproduits. Météorisme considérable; ventre très sensible à la pression. Même prescription; sous-nitrate de bismuth 4 gr. Vésicatoire sur la région hépatique.

Le 9 : Tm. 38,2; Ts. 39,2. Même état. Laudanum XV gouttes.

Le 10 : Tm. 37°; Ts. 38,9. Voussure de la région hépatique. Sensibilité à la pression dans l'hypochondre gauche. Les vomissements et la diarrhée semblent un peu diminuer.

Le 11 : Tm. 37,7; Ts.39,3.

Le 12 : Tm. 37,3 ; Ts. 39,2.

Le 13 : Tm. 37,1 ; Ts. 39,5. La diarrhée augmente ; quatorze selles dans la journée.

Le 14 : Tm. 37,4 ; Ts. 39,7. Même état. Les vomissements ont repris.

Le 15 : Tm. 37,7 ; Ts. 38,8. Le malade s'affaiblit rapidement.

Le 16 : Tm. 38,5 ; Ts. 38,4. Le malade dit se trouver mieux. Ventre moins météorisé et moins sensible. Pouls très faible, à 134. Même état général.

Le 17 : Tm. 38° ; Ts. 39,1. Prostration. Diarrhée. Vomissements à la moindre ingestion.

Le 18 : Tm. 38,5 ; Ts. 38,8. Même état.

Le 19 : Tm. 38,4 ; Ts. 38,9. Le malade est tout à fait abattu. Prostration intense ; le malade ne bouge plus. Ventre toujours météorisé, sensible à la pression. Facies grippé. Respiration anxieuse.

Mort le 20 mars, à 5 h. du matin.

Autopsie : *Habitus extérieur* : Amaigrissement considérable. Tuméfaction du ventre. Traces de vésicatoires sur la région hépatique.

Cavité thoracique : Les poumons sont diminués de volume, ratatinés et refoulés en haut, sans adhérences. Le sac péricardique est distendu par une grande quantité de sérosité. Le cœur est graisseux.

Cavité abdominale : Le foie est démesurément augmenté de volume ; il occupe l'hypochondre droit, la région épigastrique et l'hypocondre gauche, jusqu'à l'extrémité interne de la rate qu'il recouvre complètement. Il est intimement adhérent par sa face convexe avec le diaphragme, qu'il refoule en haut jusque vers les mamelons.

Une petite incision pratiquée dans l'hypochondre gauche à la face antérieure du lobe gauche donne issue à 5 litres 1/2 d'un pus crémeux et fétide. On agrandit l'ouverture après évacuation du contenu ; la main peut s'y enfoncer jusqu'au coude, et l'on peut constater ainsi la communication de tous les lobes hépatiques entre eux. Le lobe de Spiegel est lui-même complètement évidé et forme un petit cul-de-sac. Le tissu hépatique a presque disparu et le foie est réduit à une coque fibreuse recouverte à la

face interne de mucosités purulentes. La vésicule biliaire, très augmentée de volume, est remplie d'un liquide jaune-verdâtre.

Adhérence intime de la face inférieure du foie avec l'estomac. A ce niveau se trouve un deuxième abcès de la grosseur du poing et indépendant du premier. La cloison qui les sépare est en voie de résorption.

Estomac : L'estomac est refoulé en bas et comme enclavé dans la concavité du foie dont il supporte tout le poids. Du côté de sa face interne, arborisation et congestion généralisée, commencement d'ulcération au niveau des adhérences avec le foie. Hypertrophie considérable des parois.

Rate : Adhère au foie. Ramollie, rouge et cailleboteuse.

Intestins : Le colon transverse adhère au foie aussi intimement que l'estomac, mais aussi sans aucune communication.

Intestin grêle : Nombreuses plaques de Peyer presque cicatrisées. Au niveau de la valvule de Bauhin, une plaque encore ulcérée.

Cavité péritonéale : Un peu de liquide épanché dans le péritoine. Pas d'autres signes de péritonite.

La cavité crânienne n'a pas été ouverte.

OBSERVATION X

Brousse, 23 ans, soldat d'Artillerie de marine. Sept mois de séjour.

Grande fatigue. Céphalalgie et diarrhée depuis quatre jours. Se présente à la visite le 16 février. Ts. 37,9.

Le 17 : Tm. 38°; Ts. 38,5. Le malade est envoyé à l'infirmerie du quartier.

Le 18 : Tm. 38°; Ts. 38,6. Purgatif salin.

Le 19 : Tm. 38,4; Ts. 38,8. Sudamina; gargouillements; légère douleur à la pression de l'abdomen.

Le 20 : Tm. 38°; Ts. 38°.

Le 21 : Tm. 37,7; Ts. 37,5.

Le 22 : Le malade reprend son service.

OBSERVATION XI

Richard, 22 ans, brigadier d'Artillerie. Huit mois de séjour. Se présente à la visite le 17 février.

Malade depuis deux ou trois jours. Courbature, anorexie, céphalalgie. Ts. 37,9.

18 février : Tm. 37,5; Ts. 38°.

Prescription : Ipéca, 1 gr. Sulfate de soude, 30 gr.

Le 19 : Tm. 38° ; Ts. 38,5.

Le 20 : Tm. 38,1 ; Ts. 38,5.

Le 21 : Tm. 38,5; Ts. 40,1. Douleurs abdominales.

Le 22 : Tm. 39°; Ts. 39.1.

Le 23 : Tm. 38°; Ts. 37,7.

Le 24 : Tm. 37°; Ts. 37,1.

Le 25 : Le malade reprend son service.

OBSERVATION XII

Ajeou, 27 ans, maréchal des logis d'Artillerie. Constitution pléthorique. Cinq mois de séjour dans les colonies. Se présente à la visite le 17 février.

Malade depuis la veille seulement. Céphalalgie frontale très violente; nausées, vomissements; sensibilité à la pression de l'épigastre et dans la fosse iliaque droite. Constipation, langue saburrale. Hébétude de la face.

Le 17 : Tm. 38,5; Ts. 41°. Envoyé d'urgence à l'hôpital.

Le 18 : Tm. 40,1; Ts. 40°. Purgatif salin.

Le 19 : Tm. 39,6; Ts. 39,8.

Le 20 : Tm. 38,4; Ts. 38,5.

Le 21 : Tm. 37,8; Ts. 37°.

Les jours suivants, apyrexie, mais le malade conserve une grande faiblesse.

Exeat le 27 février.

OBSERVATION XIII

Barré, 22 ans, soldat d'Artillerie de marine. Cinq mois de séjour. Se présente le 24 février à la visite.

Faiblesse, douleurs musculaires, céphalalgie, épistaxis. Facies légèrement stupéfié. Ts. 37,9.

Le 22 : Tm. 37,8; Ts. 38,3.

Le 23 : Tm. 37,9; Ts. 38,5. Envoyé à l'hôpital.

Le 24 : Tm. 38,4; Ts. 38,8.

Le 25 : Tm. 38,1; Ts. 38°.

Le 26 : Tm. 37,9; Ts. 37°.

A partir de ce jour, le malade n'a plus de fièvre et sort de l'hôpital le 3 mars, conservant encore une anémie assez marquée.

OBSERVATION XIV

Ruffin, soldat d'Artillerie de marine. Huit mois de séjour. Se présente à la visite le 26 février.

Céphalalgie, constipation, langue saburrale. Tm. 37,8 ; Ts. 37,8.

Le 27 : Tm. 38,4; Ts. 38,7. Envoyé à l'infirmerie du quartier. Sulfate de magnésie, 30 gr.

Le 28 : Tm. 38,1; Ts. 38,8. Sulfate de quinine, 0,50.

Le 29 : Tm. 38° ; Ts. 37,9.

1er mars : Tm. 37,7 ; Ts. 37,9.

Le 2 : Tm. 38°; Ts. 37,9.

Le 3 : Tm. 37,7; Ts. 37°.

Le malade reprend son service le 4.

OBSERVATION XV

Driet, brigadier d'Artillerie. Cinq mois de séjour. Se présente à la visite le 26 février.

Faiblesse généralisée depuis quelques jours. Céphalalgie. Tm. 38,3; Ts. 37,7.

Le 27 : Tm. 38,1 ; Ts. 37,4. Envoyé à l'infirmerie.

Le 28 : Tm. 37,7 ; Ts. 37,7.

Le 29 : Tm. 37,8 ; Ts. 38°.

Le 1er mars : Tm. 38° ; Ts. 38°. Tristesse, hébétude, diarrhée.

Le 2 : Tm. 38,1 ; Ts. 38,3.

Le 3 : Tm. 37,9; Ts. 38,8. Envoyé à l'hôpital.

Le 4 : Tm. 38,5 ; Ts. 38°.

Le 5 : Tm. 37° ; Ts. 37°.

Exeat le 8 Mars.

OBSERVATION XVI

Bermont, soldat d'Artillerie. Cinq mois de séjour. Se présente le 28 février. Très fatigué. Céphalalgie violente. Diarrhée, gargouillements, douleur à la pression dans la région iléo-cœcale ; un peu de bronchite.

Le 28 : Tm. 38,3 ; Ts. 38,4.

Le 29 : Tm. 37,9 ; Ts. 38,7.

Le 1er mars : Tm. 38° ; Ts. 38,5. Envoyé à l'hôpital.

Le 2 : Tm. 39°; Ts. 34,4. Subdelirium nocturne.

Le 3 : Tm. 38,5 ; Ts. 39°.

Le 4 : Tm. 38,3; Ts. 38,6.

Le 5 : Tm. 37,7 ; Ts. 37°.

Apyrexie les jours suivants. Exeat le 12 mars.

VII

DES PRINCIPALES FORMES DE LA DOTHIÉNENTÉRIE

Disons tout d'abord quelques mots des principales formes que l'on observe en Calédonie. Mais au préalable, établissons comme un fait admis que ces formes ne constituent pas des entités morbides, mais seulement de véritables formes cliniques dues à la prédominance de tel ou tel groupe de symptômes.

La forme inflammatoire décrite par Bonnescuelle de Lespinois comme la plus commune aux Antilles est inconnue en Calédonie. La forme spinale est exceptionnelle. Les formes bilieuse, hémorragique, arthritique, sont très rares. La forme thoracique se voit quelquefois (Obs. VIII). Les formes abdominales sont peu fréquentes. Les formes gastriques, au contraire, sont très fréquentes, si l'on admet avec nous la nature spécifique des synoques prémonitoires, comme nous essayerons de le démontrer tout à l'heure. La forme lente nerveuse d'Huxham et de Jaccoud est inconnue; nous avons vu qu'au contraire l'invasion était toujours très rapide. On n'a jamais signalé les formes palustres : ni la typhoïde palustre de Colin, ni la typho-malarienne de Woodward, ni la rémittente typhoïde.

Bref, ainsi qu'il résulte de notre analyse, les symptômes qui dominent l'histoire de la dothiénentérie calédonienne sont l'adynamie et les phénomènes nerveux. Suivant que prédomineront la première ou les seconds, nous aurons la forme adynamique ou la forme ataxique. La combinaison de ces deux éléments donnera la forme ataxo-adynamique, et tous ou

presque tous les types de fièvre typhoïde franche observée en Calédonie convergent vers ces trois types principaux.

Dans la dothiénentérie européenne, l'élément ataxie est rarement isolé; dans l'immense majorité des cas, il se combine dès le début avec l'élément adynamique, ou bien la fièvre, purement adynamique dans le principe, aboutit au bout de quelques jours aux symptômes ataxiques. Ce qui est la règle en Europe est l'exception en Calédonie.

Lorsqu'une fièvre thyphoïde débute franchement par des symptômes ataxiques, son évolution est tellement rapide qu'elle n'a pas le temps de changer de caractèrs. L'ataxie persiste; la température s'élève plus rapidement encore que dans les autres formes; elle se maintient en plateau avec quelques légères rémissions matinales, et le malade meurt de quatre à huit jours avec une température identique à celle du fastigium du début. (Obs. III.) Nous n'avons jamais vu dès le début l'association de l'ataxie et de l'adynamie, et lorsqu'elle doit avoir lieu, le plus souvent, la forme ataxo-adynamique succède à l'adynamie simple.

Mais de toutes les formes, la plus commune est sans contredit la forme adynamique simple que nos voisins d'Australie appellent « *low fever*, *low nervous fever*. » Il est démontré que c'est bien là la forme la plus fréquente et l'explication en est facile. « Le patient, dit Jaccoud, subit l'influence puissamment dépressive du poison typhique; il est exposé, du fait de la lésion intestinale, à des spoliations diarrhéiques souvent fort abondantes; il est nourri par un sang profondément altéré; il est infecté secondairement par la résorption des produits d'une désassimilation excessive, et par dessus tout cela il doit faire les frais d'une consomption fébrile dont la durée minimum est de vingt-un à vingt-cinq jours. » Si à cette énumération nous ajoutons l'action dépressive et débilitante du climat,

l'anémie, etc.., nous nous rendrons un compte facile de la fréquence des formes adynamiques dans les régions intertropicales.

Revenons maintenant sur nos observations qui vont nous servir à établir encore quelques considérations sur les diverses formes de la fièvre typhoïde en Calédonie. On a vu que ces observations proviennent de deux épidémies : l'une qui sévit à la caserne de l'Infanterie de Marine, l'autre qui éclata quelques temps après au quartier d'Artillerie. Il suffit de jeter un coup d'œil sur ces observations pour voir quelle est la différence que présentent les symptômes observés avec ceux que l'on a l'habitude de rencontrer en Europe. Nous avons assez insisté sur ce fait pour ne pas avoir besoin d'y revenir. Mais nous voulons exposer ici les idées qui nous sont venues en étudiant les tracés thermiques que nous avons joints à ce travail.

La température, en effet, subit toujours des altérations sensibles qui, si elles ne sont pas toujours identiques à elles-mêmes, sont du moins toujours fort appréciables. C'est même là, dirons-nous, presque le seul phénomène constant, car nous croyons avoir démontré que tous les autres symptômes classiques subissent en Calédonie des modifications pouvant aller jusqu'à l'absence complète du symptôme. Or, nous croyons pouvoir, à ce point de vue, diviser les cas de fièvre typhoïde par nous observés en trois classes.

I. Dans une première classe, nous rangerons les fièvres typhoïdes dont le tracé thermique se rapproche de celui de la dothiénentérie classique. Elles sont fort rares, il faut bien l'avouer mais elles se rencontrent et nous en rapportons un exemple. (Obs. IV.) Notons toutefois que le cas du malade qui fait le sujet de cette observation rentre également dans notre troisième classe, car il fut précédé d'un embarras gastrique sur lequel nous reviendrons tout-à-l'heure. Mais, abstraction

faite de cet embarras gastrique prémonitoire, le tracé se rapproche beaucoup du tracé classique.

Ici donc point de difficultés, la température suit à peu près la marche normale; il est vrai que les autres symptômes ne se conforment par toujours aussi bien à la règle établie, mais c'est toujours là un signe qui en cas de doute a bien sa valeur. Du reste la régularité du tracé n'enlève malheureusement pas à la maladie son caractère de gravité et, dans les cas de ce genre où la mort a terminé l'affection, l'autopsie a montré elle aussi que le diagnostic de fièvre typhoïde porté pendant la vie n'avait rien d'erroné.

II. Avant d'entrer dans le détail de cette 2e classe, qu'il nous soit permis de jeter un coup d'œil sur les circonstances dans lesquelles se sont produits les cas relatés aux observations X à XVI.

Voici ce que nous observions au mois de février 1888, au quartier d'Artillerie de Marine à Nouméa. L'état sanitaire de la caserne était excellent entre tous. Depuis le mois de juillet 1887 (7 mai), où il s'était produit un cas isolé, sporadique, de fièvre typhoïde, nous n'avions à soigner que des dysentériques, des paludéens revenus des Nouvelles-Hébrides et des blessés. Aucune maladie fébrile suspecte depuis 7 mois (les cahiers de visite en font foi), lorsque le 15 février au soir le soldat de 2e classe Girre se présente à la visite avec une température de 39,9, et les symptômes caractéristiques de la fièvre typhoïde à son début. Dirigé sur l'hôpital, il y a une fièvre typhoïde compliquée d'hépatite suppurée dont il meurt le 20 mars. L'histoire de ce malade est reproduite dans tous ses détails (Obs. IX). Disons pour la compléter qu'aucune constitution médicale ne régnait dans la ville ; que la caserne d'Infanterie était exempte de tout cas suspect depuis plus d'un mois ; que Girre couchait depuis 11 jours, avec 7 autres prisonniers, dans un local disci-

plinaire humide, mal aéré et ayant les dimensions suivantes : Longueur, 4m 55 — largeur, 3m 95 — hauteur, 5m 60.

Or, dès le 15 février, jour où Girre se présente à la visite, l'état sanitaire de la caserne est complètement transformé et Girre devient le point de départ d'une série de malades (Obs. X à XVI).

Le 18 février, nous avions mis l'autorité en garde contre l'éventualité possible d'une épidémie sérieuse et nous avions conseillé le sulfurage immédiat du casernement, ce qui fut fait aussitôt. Grâce à ces précautions, les cas furent d'une bénignité exceptionnelle et la maladie s'éteignit rapidement.

A l'époque où nous observions ces faits, en présence des circonstances de leur éclosion et de leur symptomatologie, nous nous refusions à les déclarer synoques ou embarras gastriques simples et nous songions timidement au « typhus levissimus » de Griesinger ; mais leur courte durée et leur bénignité retenaient notre diagnostic, lorsque nous eumes l'occasion quelques mois après de lire ce passage dans le rapport de M. Brouardel, au Congrès de Vienne, sur l'épidémie de Pierrefonds : « Il y a dans l'échelle de gravité de ces maladies une variété infinie que nous pouvons comparer à ce que nous savons de la variole. Entre la variole confluente la plus grave et la varioloïde qui se caractérise par trois ou quatre boutons, quelle que soit la différence apparente, il y a identité de nature. « Peut-être « disait Lorain, y a-t-il une typhoïdette comme il y a une « typhoïde ; rien ne s'oppose à admettre cette hypothèse, mais « c'est une hypothèse. » Ce que Lorain considérait comme une hypothèse me semble aujourd'hui absolument démontré et je demande que l'on admette dans la nosologie ce terme de typhoïdette, qui a le grand avantage de rappeler, plus que les dénominations actuellement usitées, les rapports d'origine de quelques-uns de ces états gastro-intestinaux. »

Fort des paroles du maître, nous sommes aujourd'hui disposé à admettre que nous avons été en présence d'une épidémie de typhoïdettes essentiellement bénignes il est vrai. Nous basons notre opinion sur les considérations suivantes :

1° Leur apparition dans une caserne exempte depuis 7 mois de toute fièvre suspecte, continue ou même éphémère, apparition qui coïncide avec celle d'une fièvre typhoïde confirmée à l'autopsie ;

2° Leur allure parfaitement épidémique ;

3° La fréquence en Calédonie de la transformation des états gastriques semblables en dothiénentéries vraies ;

4° L'inefficacité absolue du traitement éméto-cathartique ;

5° L'immunité que ces pseudo-embarras gastriques semblent conférer contre la fièvre typhoïde, immunité parfaitement admise par M. Vauvray : « Il est fort rare que les soldats ayant deux et trois ans de colonie en offrent quelques cas (de fièvre typhoïde). On croirait que chez eux la réceptivité morbide n'existe plus. Je croirais plus volontiers que la plupart de ces jeunes gens, lors des poussées successives que présente la maladie au début de chaque année, ont eu des embarras gastriques fébriles, espèces de synoques qui ne sont vraisemblablement que des fièvres typhoïdes avortées ». Et de fait, depuis que notre attention a été attirée sur ce symptôme, nous avons eu l'occasion de constater que parmi les entrants à l'hôpital de Nouméa pour fièvre typhoïde, aucun n'avait rien eu qui ressemblât à une synoque ou à un embarras gastrique dans les années ou les saisons précédentes.

Exprimons donc nettement notre opinion en rangeant dans notre deuxième classe les typhoïdettes qu'on a si souvent l'occasion d'observer en Calédonie.

III. Ici, nous placerons des fièvres plus complexes, celles dans lesquelles nous croyons pouvoir établir l'existence de deux pyrexies successives : typhoïdette et typhoïde.

Nous l'avons dit en effet et nos observations en font foi (Obs. IV et V), il n'est pas rare en Calédonie de voir une fièvre typhoïde, après une évolution bénigne, courte, si rapide qu'on peut lui accorder le nom de typhoïdette, suivie de quelques jours d'apyrexie, se changer brusquement, sans raison apparente, en une dothiénentérie qui suit son cours comme si rien ne l'avait précédé. Comment faut-il donc considérer cet embarras gastrique initial? Fait-il partie intégrante de la maladie principale dont il constitue simplement un mode prodromique spécial? Nous ne le pensons pas, car cette apyrexie intercalaire peut durer jusqu'à dix et douze jours, et admettre qu'une fièvre typhoïde puisse être ainsi interrompue pendant un laps de temps aussi considérable c'est lui enlever un de ses caractères essentiels : la continuité. D'ailleurs, cet embarras gastrique ne paraît nullement abréger la durée du cycle fébrile. Est-ce une affaire de pure coïncidence ou bien l'embarras gastrique agit-il à titre de cause prédisposante, plaçant le tube intestinal dans un état de réceptivité plus grande? Peut-être, mais alors pourquoi cette coïncidence, cette prédisposition, ne s'observeraient-elles pas aussi souvent en Europe?

N'y a-t-il pas là plutôt une question de réinoculation microbienne, et ne peut-on pas considérer dans ce cas la maladie comme une typhoïde précédée d'une autre invasion typhique, celle-ci atténuée, typhoïdettique? Et qu'on n'aille pas croire que cela vienne infirmer ce que nous avons dit tout à l'heure de l'immunité conférée par la typhoïdette. Les typhoïdes avérées confèrent l'immunité et cependant elles offrent souvent des rechutes. C'est qu'il y a réinoculation, si l'on veut, avant l'effet vaccinal produit.

Donc, dans notre troisième groupe, nous rangerons les typhoïdettes suivies de rechutes plus grandes à forme franchement typhoïde.

Il est une objection qu'on ne manquera pas de nous faire. Pourquoi, dira-t-on, puisque vous croyez à la nature typhoïde de ces embarras gastriques, n'avoir pas recherché les bacilles caractéristiques? Nous ne répondrons que ceci : cela nous était de toute impossibilité. Tous ceux qui ont vu la Nouvelle-Calédonie et les colonies en général savent dans quelles conditions le médecin doit y exercer son art. C'est dire que dans nos hôpitaux des colonies, la science microscopique et à plus forte raison la bactériologie sont un mythe. Il faut pour cela un outillage et une installation spéciales que nous sommes encore loin d'avoir dans nos hôpitaux d'outre-mer. Certes, c'eût été pour nous une vive joie que de pouvoir contrôler *de visu* la vérité de nos assertions; mais il eût fallu en avoir les moyens. Nous ne pouvons qu'exprimer, en même temps que ce regret, le désir que nos hôpitaux coloniaux les plus importants soient pourvus de l'outillage nécessaire à ces études; malheureusement il y a bien peu de chances pour que ce désir soit de sitôt réalisé.

VIII

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous serons bref sur l'anatomie pathologique, car les lésions observées ne diffèrent guère de celles qu'on rencontre en Europe.

Les ganglions mésentériques ont toujours été très volumineux, infiltrés et plus ou moins ramollis. La rate est volumineuse et peut atteindre jusqu'à deux fois son volume normal. Elle est ramollie, réduite parfois à l'état de bouillie splénique, rouge noirâtre, mais non pigmentée.

Les altérations des plaques de Peyer et des follicules clos ne sont bien marquées en général que dans la dernière partie de l'iléon, au voisinage de la valvule iléo-cœcale. En revanche, il n'est pas rare de rencontrer des ulcérations nombreuses dans le gros intestin. Chez les sujets morts de la forme ataxique, les lésions étaient peu prononcées à cause de la courte durée de la maladie : c'était simplement un gonflement avec induration ou ramollissement des plaques agminées, des glandes de Brunner et de Lieberkühn. On observe plus souvent la plaque dure que la plaque molle de Louis. Si au contraire la maladie a duré longtemps, on trouve une grande abondance de lésions très avancées. Les ulcérations sont nombreuses, de dimensions parfois très grandes; parfois ce sont de vrais cratères, profonds et remplis de matière blanchâtre ou jaune pâle.

Le sang est poisseux, cailleboté dans le cœur. Le cœur est flasque, couleur feuille-morte. Chez un sujet mort subitement

au ving-deuxième jour de la maladie, nous avons trouvé, entre les lésions intestinales classiques, un volumineux caillot fibrineux jaune ambré, mesurant 12 centimètres de longueur, partant du cœur et se prolongeant dans l'aorte.

Ajoutons que les lésions spléniques et intestinales sont absolument identiques chez les Européens et chez les Indigènes.

IX

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la fièvre typhoïde en Calédonie est hérissé de mille difficultés. L'irrégularité de la température qui n'obéit point aux lois classiques de Wunderlich ; l'absence fréquente au début de certains signes importants : épistaxis, bourdonnements d'oreilles, vertiges, bronchite, diarrhée, gargouillements ; plus tard, des taches rosées, des sudamina, de la douleur iléo-cœcale, de la langue de perroquet, etc..., tout conspire à dérouter les investigations les plus consciencieusement faites, à tel point que dans bon nombre de cas le diagnostic différentiel avec un embarras gastrique fébrile, une synoque, etc... est impossible dès les premiers jours.

L'exagération des rémissions rappelle quelquefois, rarement cependant, celles d'une rémittente palustre ; mais le paludisme est inconnu en Calédonie et les commémoratifs lèveront tous les doutes.

En somme, dans les cas ordinaires le diagnostic de la fièvre typhoïde à Nouméa est presque toujours basé sur les éléments suivants :

1° Céphalalgie.

2° Faiblesse marquée, avec hébétude du facies pouvant aller jusqu'à la stupeur.

3° Météorisme modéré.

4° Etat pyrétique continu, de longue durée, avec des températures élevées mais formant une courbe des plus capricieuses.

Un point capital dans l'histoire de la dothiénentérie calédonienne, c'est le diagnostic de l'hépatite suppurée qui survient dans le cours de la maladie. Il est malheureusement extrêmement difficile, car le praticien se heurte à mille causes d'erreur.

Le début de cette redoutable complication est insidieux entre tous. Elle s'installe sournoisement; on peut dire d'elle ce que Jaccoud disait de la forme lente nerveuse : c'est la maladie qui mord sans aboyer. Tous les symptômes sont masqués par ceux de la pyrexie principale. La nature et l'irrégularité de la fièvre qui est modifiée sous l'influence typhoïde; l'absence d'ictère et de douleur de l'épaule droite; l'absence de frissons répétés font méconnaître la formation de l'abcès. Les frissons répétés, s'ils existent, peuvent très bien ressortir de la péritonite. La douleur abdominale est généralisée et nullement limitée à l'hypochondre droit; elle peut même avoir son maximum dans la fosse iliaque droite. Les vomissements et la diarrhée sont des symptômes communs à l'abcès du foie et à la fièvre typhoïde. Bref, le médecin a sous les yeux le tableau normal d'une fièvre typhoïde compliquée de péritonite; rien n'éveille chez lui l'idée d'un abcès hépatique. Puis le malade meurt et on trouve à l'autopsie un abcès du foie avec cinq ou six litres de pus qu'on n'avait même pas soupçonné. L'erreur est d'autant plus regrettable que souvent une intervention chirurgicale aurait pu, sinon sauver le malade, au moins prolonger sa vie d'une façon appréciable. Nous n'avons pas la prétention de donner ici les éléments complets d'un diagnostic précis, mais nous croyons qu'il n'est pas inutile de donner le résultat de nos impressions à ce sujet; si elles peuvent contribuer à éveiller une seule fois les soupçons d'un médecin traitant, nous serons récompensé au delà de nos espérances :

1° La rémission matinale est peu marquée dans la péritonite; en tous cas beaucoup plus prononcée dans l'hépatite;

2° Les vomissements sont verdâtres, porracés dans la péritonite. Ceux dus à l'hépatite, étant dus à une action mécanique de compression, sont simplement alimentaires, parfois bilieux;

3° Le hoquet est exceptionnel dans l'hépatite à moins que celle-ci ne coïncide avec une péritonite généralisée;

4° Les déjections alvines sont décolorées dans l'hépatite; mais ce signe n'a pas toute la valeur qu'on lui attribue, car nous l'avons vu souvent manquer dans des hépatites suppurées simples.

5° Le ballonnement du ventre est graduel et plus lent dans l'abcès du foie que dans la péritonite;

6° Si un abcès existe la pression brusque provoquera dans l'hypochondre droit, dans un des espaces intercostaux, une douleur vive, intolérable;

7° Il existe en général dans les cas d'hépatite une zone d'empâtement limitée et bien circonscrite à la région de l'hypochondre droit et dans ses environs.

Si l'abcès hépatique survient seulement dans le courant de la convalescence, les difficultés seront moindres; la fièvre et les grands écarts nycthéméraux, joints aux signes précédemment donnés, lèveront tous les doutes.

X

PRONOSTIC. — GRAVITÉ. — MORTALITÉ

Le pronostic doit toujours être très réservé ; à toutes les périodes les complications sont possibles. La fièvre typhoïde est souvent foudroyante, insidieuse et se termine d'une manière fatale au moment où les symptômes généraux peuvent faire croire à une affection bénigne.

De toutes les formes, la plus grave est sans contredit la forme ataxique. Elle est à juste titre la terreur du médecin en Calédonie. Toutes celles que nous avons observées se sont rapidement terminées par la mort dès le premier septenaire.

La forme ataxo-adynamique est très grave ; l'affection se présente d'abord avec une apparence très bénigne ; puis les symptômes s'aggravent rapidement pour prendre la forme ataxique et la mort survient de douze à vingt-quatre heures après le début des accidents ; néanmoins, elle pardonne quelquefois.

La forme adynamique pure est moins grave que les deux précédentes. Malgré sa longue durée et la prostration extrême qu'elle détermine le malade guérit souvent.

Quant aux formes abortives en typhoïdettes, elles sont d'une bénignité rare par elles-mêmes ; mais il ne faut pas oublier qu'elles peuvent exposer aux mêmes complications (péritonite, entérorrhagies) que les formes les plus graves.

Qu'il nous soit permis de jeter ici un coup d'œil rétrospectif sur les épidémies qui ont été les mieux étudiées. Le Dr Deboffe, rapportant une épidémie qui sévit au quartier d'Artillerie de

marine, écrit : « Sur 30 cas bien avérés, nous avons eu 10 décès ». Soit 33,3 p. 0/0. Le Dr Pindray, qui lui succède, signale en 3 mois 2 victimes sur 10 cas, soit 20 p. 0/0. Le même observateur signale encore 28 cas, de septembre 1885 à mars 1886 ; un seul décès est enregistré sur ces 28 cas qui sont en général bénins ; les formes sont légères et la moyenne des journées de l'hôpital ne dépasse pas 30 jours. Soit 3,56 0/0. Vinas, à Canala, écrit : « Nous avons eu malheureusement trois décès à enregistrer (sur 30 cas), ce qui nous donnerait une mortalité de 10 0/0, sensiblement inférieure à la mortalité générale de la dothiénentérie ». Mettons en regard de ces chiffres ces paroles de M. Lacroix : « La fièvre typhoïde est l'affection la plus grave qu'il nous soit donné d'observer en Calédonie, et je n'hésite pas à ajouter que nulle part je ne l'ai vue aussi grave. Je n'ai pas besoin d'insister sur la mortalité qu'elle a occasionnée : 27 décès sur 54 cas », soit 50 0/0.

Un fait certain, c'est que la fièvre typhoïde est en Calédonie la cause principale de la mortalité de la population européenne et de la population militaire en particulier. Il résulte de la statistique de M. Ponty que sur 617 décès observés à l'hôpital de Nouméa en 26 années, de 1861 à 1886, 222 sont dus à la fièvre typhoïde, c'est-à-dire qu'à elle seule elle fournit 36 p. 0/0 des décès généraux. La tuberculose ne donne que 20 p. 0/0 ; la dysenterie, 9,5 p. 0/0; les affections hépatiques 6 p. 0/0. La fièvre typhoïde est donc bien le vrai fléau de la Calédonie ; et quand on songe que la majeure partie de ses victimes est fournie par nos jeunes soldats ; quand on songe que l'endémie est en grande partie sous l'influence de l'insalubrité urbaine, on ne peut s'empêcher de s'écrier avec Pindray : « L'armée a droit à la salubrité des villes dont on lui impose la résidence. » Colin : « Ce droit devient impérieux à l'égard des fils que la mère-patrie envoie aux colonies. C'est pourquoi nous réclamons de Nouméa un plus grand souci des règles de l'hygiène ».

XI

TRAITEMENT

Notre étude ne visant que le côté clinique de la dothiénentérie, nous serons bref sur la question du traitement. Comme en Europe, du reste, le traitement consiste en une expectation armée, la médication symptomatique conserve tous ses droits. Nous exposerons seulement quelques considérations qui semblent découler plus spécialement de notre étude.

La constipation, qui remplace fréquemment la diarrhée, devant être considérée comme un obstacle à l'élimination des produits septiques, on établira dès les premiers jours une diarrhée artificielle, que l'on entretiendra par une purgation sage, modérée, mais souvent répétée.

L'adynamie est le symptôme dominant et l'aboutissant général de toutes les formes ; il y a lieu d'insister dès le début sur le traitement essentiellement tonique : bouillon, alcool, quinquina et café.

Dans les formes ataxiques, on emploiera les opiacés, le bromure de potassium, etc... Mais ces symptômes sont secondaires; l'hyperthermie domine la scène ; contre elle on emploiera le sulfate de quinine, l'acide phénique, la digitale, l'ergot de seigle, etc., mais ce ne sont là que de simples adjuvants de la médication principale : l'hydrothérapie. A Nouméa, cette thérapeutique est en usage, mais timidement. Nous préférerions appliquer avec précautions, mais dans toute sa rigueur, la méthode de Braud. En Calédonie, la forme ataxique est fatale-

ment mortelle ; il n'y a donc rien à perdre, peut-être tout à gagner. C'est surtout aux colonies, croyons-nous, où l'élévation de la température extérieure rend les complications thoraciques peu à craindre, que la méthode de Braud doit tenir toutes ses promesses.

Si un abcès du foie survient pendant la fièvre typhoïde, on le ponctionnera dès qu'on l'aura diagnostiqué. Si l'aiguille aspiratrice a pénétré dans le foyer, on ouvrira largement avec le bistouri dirigé le long de l'aiguille. Les larges incisions sont aujourd'hui la règle ; elles permettent le lavage antiseptique du foyer et l'évacuation facile et permanente du pus.

Dans la convalescence, on combattra l'anémie et l'amaigrissement par les préparations martiales, un régime substantiel prudemment gradué, les douches, les bains de mer, etc... Si la convalescence traîne en longueur, si surtout on est en pleine saison chaude, le rapatriement est indiqué et souvent la seule perspective du pays et de la famille produit de véritables résurrections.

CONCLUSIONS

1° La fièvre typhoïde observée en Calédonie est fondamenta lement la même que celle observée en Europe. Son étiologie est identique; ses caractères généraux sont les mêmes; son anatomie pathologique est rigoureusement semblable à celle de la dothiénentérie européenne.

2° Mais elle subit dans ses allures des modifications de détail qui lui impriment un cachet spécial. Ces modifications portent sur l'ensemble des symptômes, qui est plus restreint qu'en Europe et aussi, d'une manière toute particulière, sur la marche de la température et la durée relative des périodes que parcourt la maladie.

3° Il y a lieu de ranger désormais l'hépatite suppurée au nombre des complications de la dothiénentérie dans les pays chauds. Elle est en Calédonie une complication relativement fréquente et très grave.

4° La fièvre typhoïde, en Calédonie, est exempte de toute connexion avec l'intoxication palustre; mais, malgré cela, elle présente en général un cachet de haute gravité.

5° Les formes abortives ou typhoïdettes sont très bénignes à moins de complications.

La forme adynamique est toujours grave.

La forme ataxo-adynamique est très grave.

La forme ataxique pure ou hyperthermique est mortelle.

Le Doyen,
A. PITRES.

VU BON A IMPRIMER :
Le Président de la thèse,
Dr A. LAYET.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 15 juillet 1889.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bérenger-Féraud. — Traité clinique des maladies des Européens aux Antilles.

Borius. — Contribution à l'étude médicale de la Nouvelle-Calédonie (Th. Montpellier, 1887).

Brassac. — Note sur la fièvre typhoïde observée aux Antilles (*Arch. de méd. navale*, ann. 1865).

Brouardel. — Rapport sur l'épidémie de Pierrefonds (Congrès de Vienne).

Carpentin. — Note sur une épidémie de fièvre typhoïde observée au Camp Jacob (Guadeloupe) *In. arch. de méd. navale*, 1868.

Colin. — De la fièvre thyphoïde dans l'armée.

Compendium de médecine pratique.

Corre. — Traité des fièvres bilieuse et typhique des pays chauds.

Coussot. — Etude sur la nature, l'étiologie et le traitement de la fièvre typhoïde.

Delioux de Savignac. — Traité de la dysenterie.

Dieulafoy. — Manuel de pathologie interne.

Dufourcq.— La fièvre typhoïde dans les pays chauds (Th. Bordeaux, 1885).

Dutrouleau. — Maladies des Européens dans les pays chauds.

Fallot. — Propositions physiologiques et pathologiques sur la fièvre typhoïde.

Gervais. — A propos de quelques hépatites consécutives à la fièvre typhoïde observées en Nouvelle-Calédonie (Th. Paris, 1887).

Gillet. — Archives du conseil de santé de Nouméa.

Grisolle. — Pathologie interne.

Jaccoud. — Traité de pathologie interne.

Jourdan. — Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde dans les pays chauds (Th. Paris, 1887).

Kermorgant. — L'hygiène en Nouvelle-Calédonie et spécialement à Nouméa (Th. Montpellier, 1870).

Laffont. — Contribution à l'étude du typhus abdominal à la Guadeloupe (Th. Bordeaux, 1887).

Lavereau et Teissier. — Pathologie interne.

Morache. — Hygiène militaire.

Mourson. — De la fièvre typhoïde à bord des navires de la marine de l'Etat, et principalement dans les pays chauds *(Arch. de méd navale,* 1885.

Pindray. — La fièvre typhoïde au quartier d'Artillerie de marine à Nouméa (Th. Bordeaux, 1887).

Rochas (De). — Essai sur la topographie hygiénique et médicale de la Nouvelle-Calédonie (Th. Paris, 1860).

Saint-Vil. — Traité des maladies des régions intertropicales.

Torrès-Homen. — De la dothiénentérie et de la fièvre rémittente paludéenne typhoïde à Rio-Janeiro *(Arch. de méd navale,* 1879).

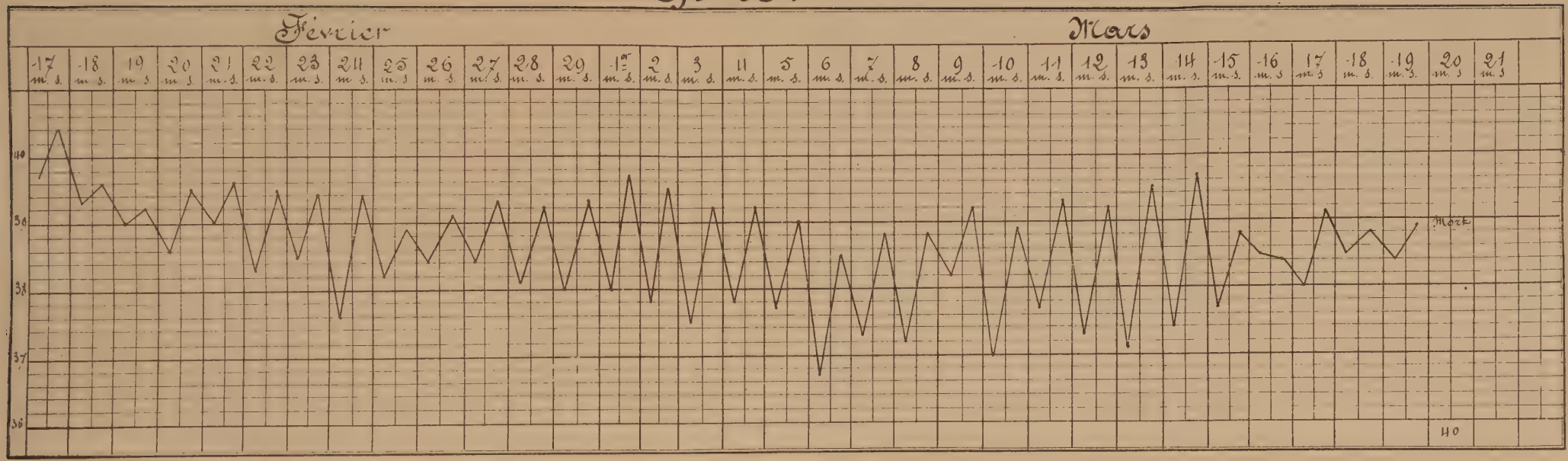
Vauvray. — Archives du Conseil de santé de Nouméa.

Vinas. — Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde observée en Nouvelle-Calédonie.

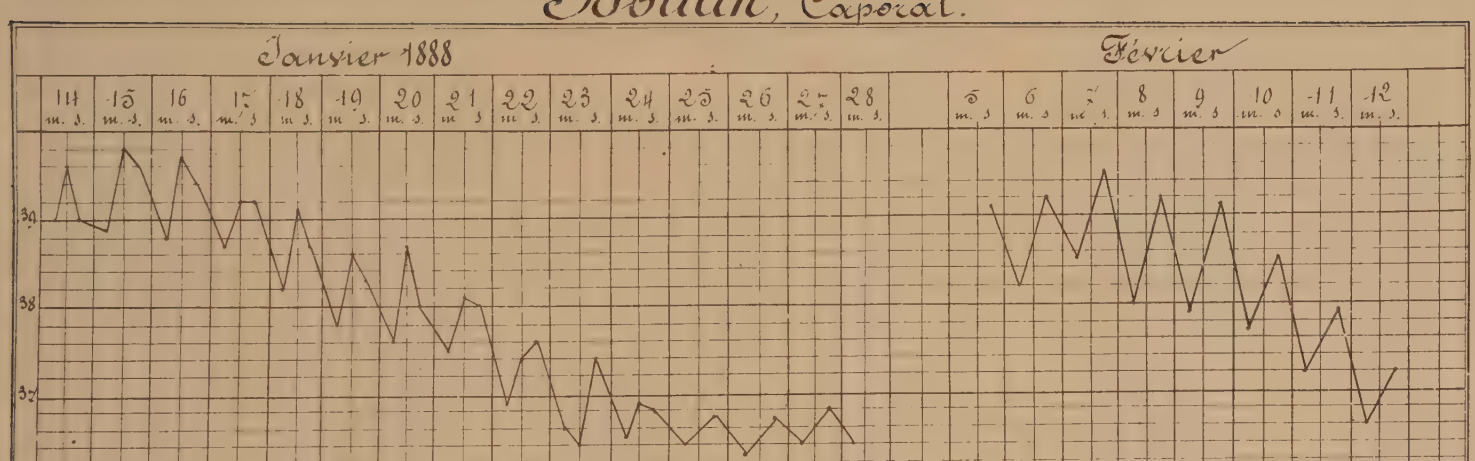
Vinson. — Eléments d'une topographie médicale de la Nouvelle-Calédonie et de l'île des Pins (Th. Paris, 1885).

13,596. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.

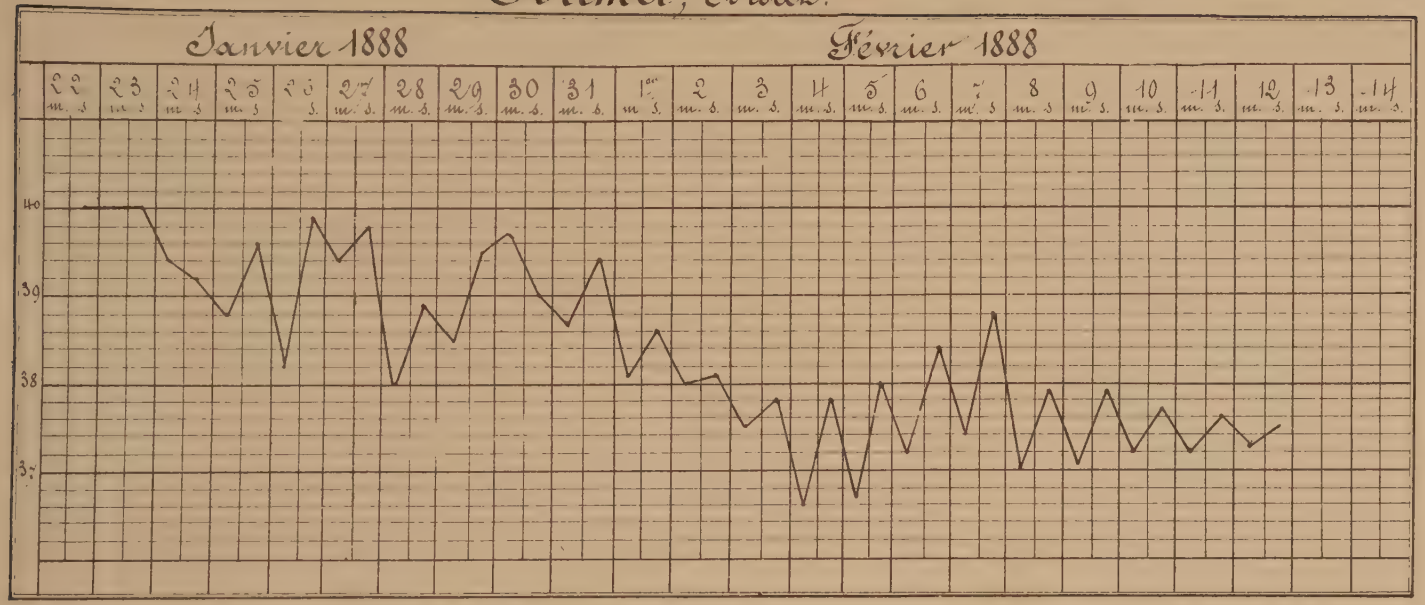
Gizze.


Février
Mars
17 m. s.
18 m. s.
19 m. s.
20 m. s.
21 m. s.
22 m. s.
23 m. s.
24 m. s.
25 m. s.
26 m. s.
27 m. s.
28 m. s.
29 m. s.
1er m. s.
2 m. s.
3 m. s.
4 m. s.
5 m. s.
6 m. s.
7 m. s.
8 m. s.
9 m. s.
10 m. s.
11 m. s.
12 m. s.
13 m. s.
14 m. s.
15 m. s.
16 m. s.
17 m. s.
18 m. s.
19 m. s.
20 m. s.
21 m. s.
40
39
38
37
36
Mozk
40

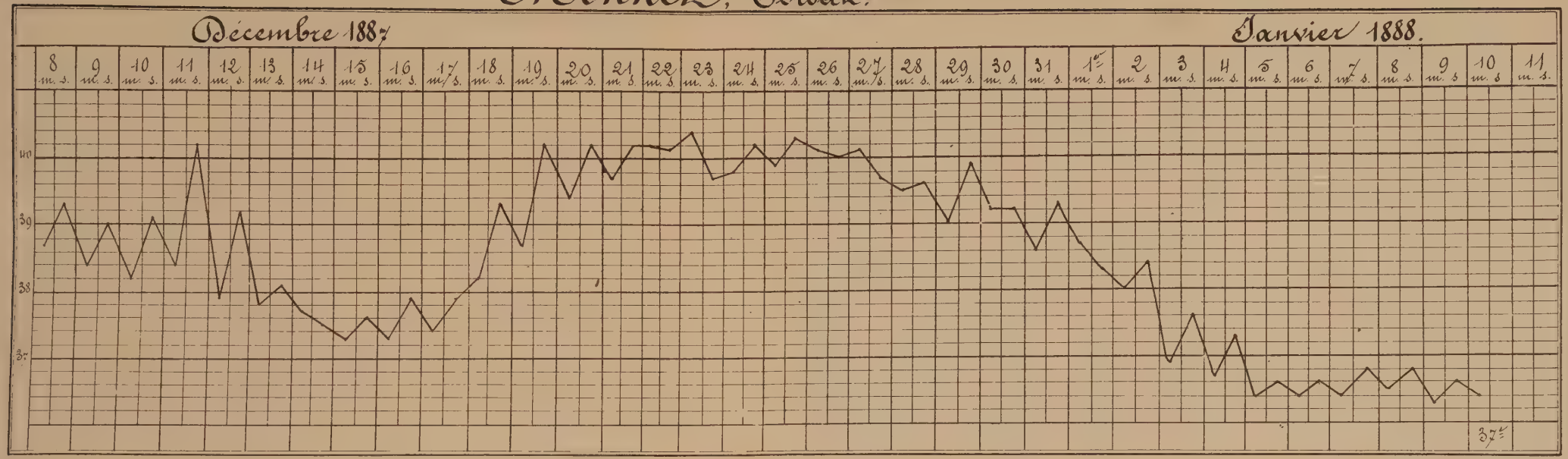
Boutin, Caporal.



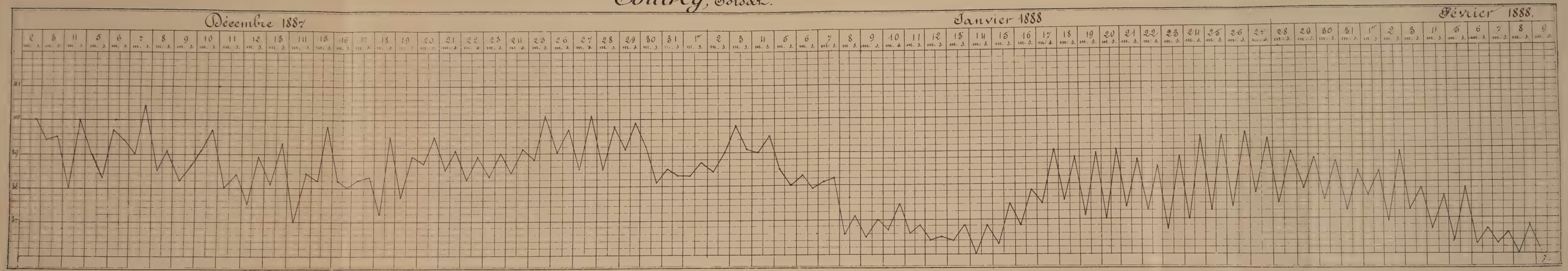
Joumel, Soldat.



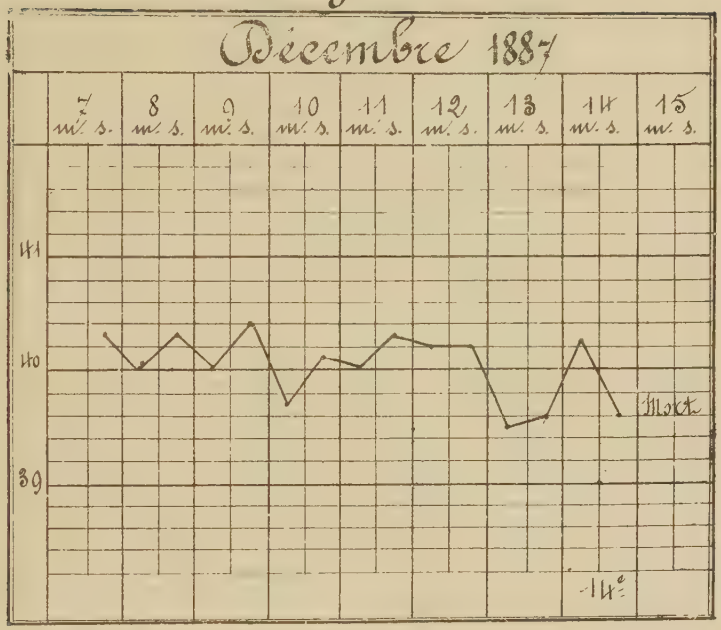
Monnet, Soldat.



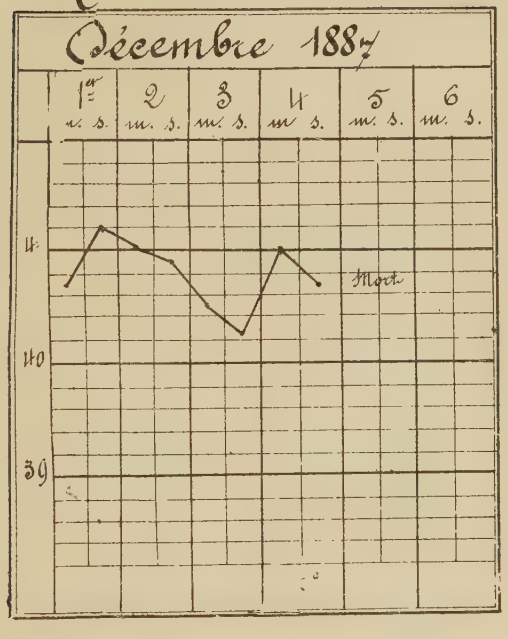
Dutrey, Soldat.

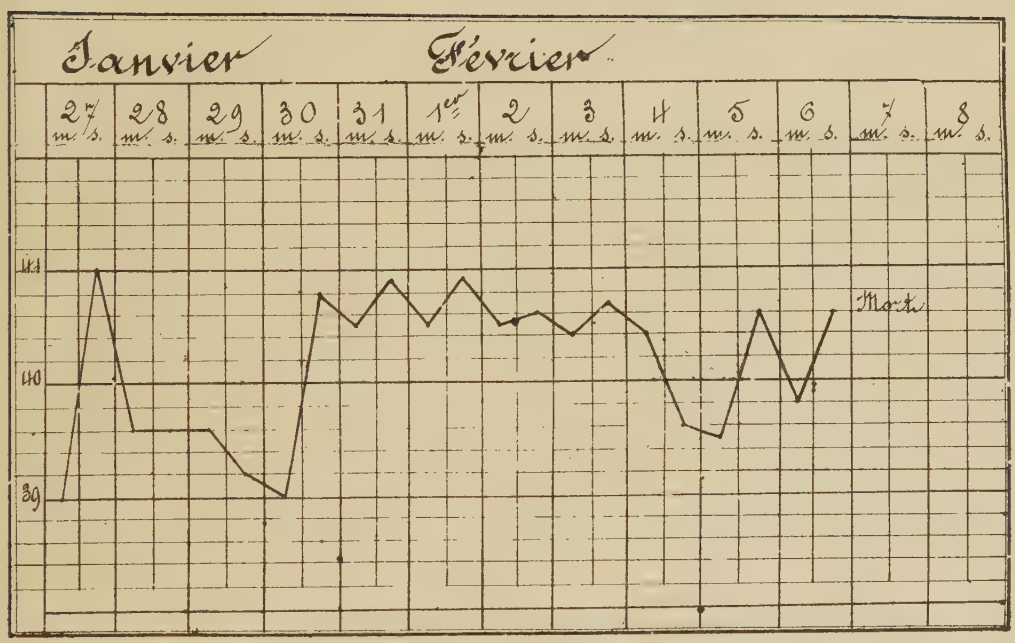
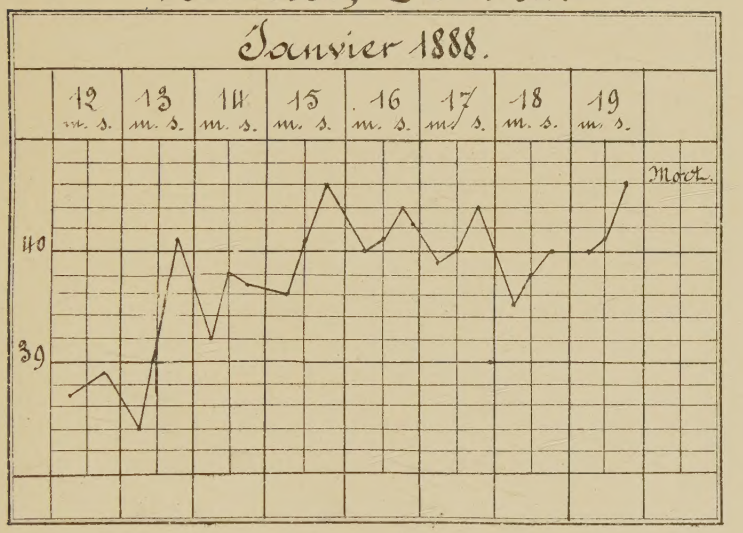


Chassaing, soldat



Lavradour, Soldat.




Janvier
Février
27 m. s.
28 m. s.
29 m. s.
30 m. s.
31 m. s.
1er m. s.
2 m. s.
3 m. s.
4 m. s.
5 m. s.
6 m. s.
7 m. s.
8 m. s.
41
40
39
Mort.

Lavaud, Soldat.